



HOITAJIEN OSAAMINEN NOKIAN TERVEYSKESKUKSEN VUODEOSASTOILLA

Tiina Haapalehto

Minna Murtokanta

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2012
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU

Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

HAAPALEHTO, TIINA & MURTOKANTA, MINNA: Hoitajien osaaminen Nokian terveyskeskuksen vuodeosastoilla

Opinnäytetyö 48 s., liitteet 8 s.
Maaliskuu 2012

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hoitajien osaamista Nokian terveyskeskuksen vuodeosastoilla. Osaamisen osa-alueista tutkimuksen kohteiksi otettiin kliiniset kädentaidot, yhteisöllisyys ja lisä- ja täydennyskoulutus. Tutkimusongelmina olivat miten hoitajat arvioivat omaa hoitotyön osaamistaan vuodeosastoilla, mitkä tekijät edistävät ja estävät hoitajien tarvitsemaa osaamista ja miten tarpeellisenä hoitajat kokevat lisäkoulutuksen. Kohderyhmänä toimivat Nokian terveyskeskuksen erikoissairaanhoidon osaston ja arviointi- ja kuntoutusosaston sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja lähi- ja perushoitajat. Tutkimus toteutettiin strukturoidulla kyselylomakkeella, jossa vastausvaihtoehdot olivat aseteltu Likert- asteikolle. Kysymykset analysoitiin SPSS-ohjelmalla. Kyseessä oli kvantitatiivinen, määrällinen tutkimus.

Tutkimukseen osallistui 58 hoitajaa, joista sairaanhoitajia oli 32 ja lähi- ja perushoitajia 25. Tutkimuksesta selvisi, että molemmilla osastoilla hoitajat työskentelevät kohtalaisen hyvässä työilmapiirissä. Hoitajat ovat valmiita tukemaan työyhteisössään toistensa osaamisen kehittymistä. Hoitajat arvostavat omaa ja työtovereidensa osaamista. Lisä- ja täydennyskoulutus lisäävät hoitajien mielestä oppimista ja he haluaisivat päästä sujuvammin koulutuksiin. Kliinisissä kädentaidoissa on molemmilla osastoilla paljon hyvää osaamista, mutta joillakin osa-alueella hoitajat kokevat tarvitsevänsä lisäkoulutusta. Tällaisia lisäkoulutus tarpeita ovat mm. haavan hoito, elvytys tilanteet, hätätilanteissa toimiminen, letkuravitseminen, EKG: ottaminen ja nosto- ja siirtolaitteiden käyttö.

Hoitajien ammatillista tietoa ja oppimista voisi hyödyntää enemmän osastoilla esim. konsultoiden käyttäen asiantuntijahoitajia. Lisä- ja täydennyskoulutus mahdollisuuksia tulisi tarjota kaikille tasapuolisesti. Tämän tutkimuksen tuloksia voisi hyödyntää työpaikan lisä- ja täydennyskoulutusta suunniteltaessa. Kyselyn voisi uusia muutaman vuoden sisällä uudestaan ja tutkimuksen kohteita voisi painottaa lisä- ja täydennyskoulutukseen ja kliinisiin kädentaitoihin. Mielenkiintoista voisi olla laajentaa tätä samaa tutkimusta, myös muihin terveyskeskuksiin ja vertailla sitten tuloksia keskenään. Terveyskeskusten hoitajien osaaminen on tärkeää ja laaja-alaista, sillä terveyskeskuksiin keskitetään jatkuvasti yhä enemmän potilaiden hoitoa.

Asiasanat: Hoitotyön osaaminen, yhteisöllisyys, kliiniset kädentaidot, lisä- ja täydennyskoulutus

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

HAAPALEHTO, TIINA & MURTOKANTA, MINNA:
Nurses' Expertise in Nokia health centre Wards

Bachelor's thesis 48 pages, appendices 8 pages
March 2012

The aim of this study was to elucidate the knowledge of nurses in Nokia Health Centre wards. The study focused on clinical manual skills, social interaction, and in-service training. The research problems were how the health centre nurses evaluated their own knowledge in the wards, which factors promoted or inhibited acquiring the skills, and furthermore, how necessary the nurses experienced in-service training to be. The target group of this study consisted of registered nurses, practical nurses, and public health nurses. The data material was analysed using SPSS statistical analysis software. In this study, the theoretical elements concerning with knowledge and learning are mainly based on the analysis of the nurses' answers. This was a quantitative study.

58 nurses in health centre wards participated in the questionnaire-based study. 32 registered nurses and 25 practical nurses responded to the structured questionnaire. As a result, we found that the nurses worked in fairly good conditions in both wards. These nurses were ready to support the development of each other's knowledge. Furthermore, these nurses also appreciated their own and their colleagues' knowledge of nursing. In the work community, the task of the employer is to promote knowledge with reference to the development of the health centre's know-how in important matters by developing practices and structures which support learning. The important matters we found in this study were such as taking professional advice from expert nurses, learning from the others, and having more opportunities for in-service training. In clinical manual skills, nurses had a great deal of good know-how, but in some sectors there were requirements for further education, for example in the treatment of wounds, in resuscitation, in an emergency situation, in tube feeding, EKG, and in use of hoists or lifts.

As a result, we suggest that health centres could utilise the results of this study in planning in-service training programmes for nurses. It would be useful to carry out a survey like this in every few years and emphasise in-service training and clinical manual skills. It would also be interesting to extend this study to other health centres in Pirkanmaa region and make a comparison between them. The professional knowledge and skills of health centre's nurses are wide-ranging and significant, because patients' medical treatment is increasingly decentralised to health centres.

Key words: nursing skills, clinical manual skills, social interaction, in-service training.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 TARKOITUS, ONGELMAT JA TAVOITE.....	7
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	8
3.1 Osaaminen	8
3.2 Yhteisöllisyys	10
3.2.1 Yksilövastuinen hoitotyö ja tiimi	10
3.2.2 Moniammatillinen yhteistyö.....	11
3.2.3 Työyksikön yhteiset kokoontumiset.....	12
3.2.4 Konsultointi ja vertaisarvionti	13
3.3 Kliiniset kädenaidot.....	14
3.4 Lisä- ja täydennyskoulutus	16
4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	18
4.1 Kvantitatiivinen menetelmä.....	18
4.2 Aineiston keruu- ja analyysimenetelmä.....	19
5 TULOKSET	24
5.1 Taustatiedot.....	24
5.2 Hoitotyön osaamisen arviointi	25
5.3 Kliiniset kädenaidot.....	26
5.4 Hoitajien oppimista ja osaamista edistävät ja estävät tekijät.....	29
5.5 Lisä- ja täydennyskoulutus	30
5.6 Tulosten yhteenveto.....	30
6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	32
6.1 Tutkimuksen luotettavuus.....	34
6.2 Tutkimuksen eettisyys	36
6.3 Kehittämishaasteet ja pohdinta	37
LÄHTEET.....	38
LIITTEET	41

1 JOHDANTO

Yhteiskunta on jatkuttavassa muutoksessa ja kehittämisessä, mikä edellyttää hoitajia pitämään ajan tasalla tietoja ja taitoja. Sairaanhoitajan työ on itsensä ja työnsä jatkuvaa kehittämistä. (Peltari 1997.) Monet eri tekijät ovat vaikuttamassa hoitotyön kehittymiseen. Hildenin (2002) mukaan, näitä tekijöitä ovat esimerkiksi lääketieteen ja teknologian kehittyminen. Teknologian ja lääketieteen kehittyminen on vaikuttanut siihen, että yhä sairaampia ja iäkkäämpiä voidaan hoitaa uusin tavoin. Potilaat ja omaiset osaavat vaatia yhä laadukkaampaa hoitoa, he eivät tyydy olemaan vain hoidon kohteina, vaan haluavat itse vaikuttaa omaan hoitoonsa, omien tarpeidensa ja toiveidensa kautta. (Hilden 2002, 27-28.)

Terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitaitoansa, sekä perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, luvussa kolme, 18§:ssä työnantaja on velvollinen luomaan mahdollisuudet terveydenhuollon ammattihenkilölle osallistua tarvittavaan ammatilliseen täydennys- ja lisäkoulutukseen (L 559/1994.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa (1194/2003) määritellään terveydenhuollon täydennyskoulutuksen laatua ja sisältöä, sekä täydennyskoulutuksen seuranta, järjestämistä ja määrää. Asetuksen mukaan täydennyskoulutuksen tarkoituksena on lisätä ja ylläpitää työntekijän ammattitaitoa ja osaamista, sekä tukea terveydenhuollon yksiköiden toimintaa ja kehittämistä terveyden edistämisessä, sekä sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa. Täydennyskoulutuksen määrä tulee asetuksen mukaan riippumaan siitä, millainen työntekijän peruskoulutus on ollut ja kuinka vaativaa työ on, sekä ammatillisista kehitystarpeista, toimenkuvasta ja siinä tapahtuvista muutoksista. Täydennyskoulutuksen tulee perustua terveydenhuollon toimintayksikössä tehtyyn suunnitelmaan ja sen sisällön on tuettava asetettuja täydennyskoulutustavoitteita. Koulutuksen opetusmenetelmien tulee olla kohderyhmälle sopivia ja koulutuksen tarkoitusta tukevia.

Tämän opinnäytetyön työelämä yhteytenä toimivat Nokian terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuodeosastot. Nokian terveystieteiden tutkimuskeskuksessa on kaksi vuodeosastoa, erikoissairaanhoidon osasto ja arviointi- ja kuntoutusosasto. Vuodeosastojen esittelyt liitteenä (liite 1). Meidän oma mielenkiintomme hoitajien osaamisen kartoitukseen, on alkanut työkokemuksen kautta.

Olemme molemmat ammatiltamme lähihoitajia. Eri osastoilla työskennellessämme, olemme huomanneet, kuinka työtehtävät jakautuvat hoitajien keskuudessa, vaikka kaikilla pitäisi olla terveydenhuollonkoulutuksen antamat tiedot ja taidot hoitotyöstä. Tästä syystä sairaanhoitajaopintojen päättötöön aiheeksi valitsimme hoitajien osaamisen kartoittamisen, koska haluamme selvittää mahdollisia syitä, jotka vaikuttavat töiden jakautumiseen. Kartoitamme samalla hoitajien lisä- ja täydennyskoulutuksen tarvetta. Esitelyämme aiheesta Nokian terveyskeskuksen vuodeosastoilla, sieltä saatiin osastonhoitajien kiinnostus työn aiheesta kohtaan. Työelämäyhteyden toive oli lisä- ja täydennyskoulutustarpeen, sekä hoitajien klinisten kädentaitojen kartoittaminen.

2 TARKOITUS, ONGELMAT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hoitajien osaamista Nokian terveyskeskuksen vuodeosastoilla.

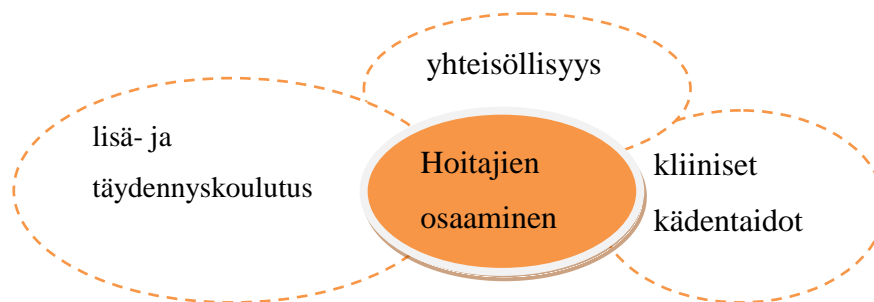
Opinnäytetyön ongelmat ovat

1. Miten hoitajat arvioivat omaa hoitotyön osaamistaan vuodeosastoilla?
2. Mitkä tekijät edistävät ja mitkä estävät hoitajien oppimista ja osaamista?
3. Miten tarpeellisena hoitajat kokevat lisä- ja täydennyskoulutuksen?

Opinnäytetyön tavoitteena on antaa tietoa Nokian terveyskeskuksen vuodeosastojen henkilökunnalle ja esimiehille, millä keinoilla hoitajat voisivat kehittää omaa ja työyhteisön ammatillista osaamista. Työn tavoitteena on tuottaa tietoa hallinnolle lisä- ja täydennyskoulutuksen tarpeesta.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tässä luvussa käsitellään teoreettisen taustan keskeisiä käsitteitä (kuvio 1). Hoitajien osaaminen, johon kuuluvat lait ja asetukset, sekä koulutuksen antamat perusvalmiudet. Yhteisöllisyys, jossa käsitellään yhteistyövalmiuksia, -muotoja ja yhteistyön tukemista työpaikalla. Kliinisiä kädentaitoja, johon kuuluvat hoitajien perus- ja erikoishoitotaidot, sekä hoitajien lisä- ja täydennyskoulutusta ja sitä sääteleviä lakeja ja asetuksia. Tähän liittyy, myös hoitajien velvoite omien taitojen kehittämisestä. Hoitajien osaaminen on keskiössä ja muut osa-alueet tukevat sitä.



KUVIO 1. Hoitajien osaamisen osa-alueet

3.1 Osaaminen

Osaamista ja ammattitaitoa voidaan kuvata monella eri tavalla. Kykyä yhdistää ammat-
tiin liittyvät tiedot ja taidot oikeanlaiseksi kokonaisuudeksi. Siinä on prosessi, johon
vaikuttavat toimintaympäristö, työtehtävät, työpaikan vaatimukset, sekä persoonallinen
kehitys ja tunteet. Prosessissa on mukana ajattelun taidot, organisointikyky, ryhmätyös-
kentely, tietojen ja taitojen luova käyttäminen, oppimaanoppimisen taidot, kyky joustaa
ja mukautua muutoksiin, kyky arvioida omaa osaamista ja toimintaa, sitä samalla kehit-
tään, nämä ovat kaikki osaamista. (Hätönen 2004, 12.)

Terveystenhuollon ammattihenkilöitä koskevat laki ja asetus terveydenhuollon ammatti-
henkilöistä. Lain tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta, sekä terveydenhuollon
palvelujen laatua varmistamalla, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammatti-
toiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys ja ammattitoimin-

nan edellyttämät valmiudet, järjestämällä terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvonta terveyden- ja sairaanhoidossa. (L559/1994.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöt jaetaan nimikesuojattuihin ja laillistettuihin ammattihenkilöihin. Laillistettuja ammattihenkilöitä ovat mm. sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, lääkäri ja fysioterapeutti. Valvira valvoo ja antaa hakemuksesta luvan harjoittaa ammattia laillistettuna ammattihenkilönä. Nimikesuojattuja ammatteja ovat mm. lähihoitajat. Nimikesuojatut ammattihenkilöt eivät tarvitse Valviran hyväksyntää ammatinimikkeen käyttöön, vaan he saavat luvan koulutuksen perusteella. (Valvira 2012.)

Hoitotyön ammatillisen yleisosaamisen perusta on monitieteinen. Hoitotyön tietoperusta nousee hoitotieteen peruskäsitteistä. Keskeisiä lähitieteitä ovat yhteiskunta- ja käyttäytymistieteet, lääketiede ja luonnontieteet. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000.)

Sairaanhoitajan ammatillinen asiantuntijuus muodostuu osaamisesta, johon kuuluvat eettinen toiminta, terveyden edistäminen, hoitotyön päätöksenteko. Ohjaus ja opetus, yhteistyö, tutkimus- ja kehittämistyö kuuluvat osaamiseen. Osaamiseen kuuluvat myös johtaminen, yhteiskunnallinen toiminta, monikulttuurinen hoitotyö, lääkehoito ja kliininen hoitotyö. (Opetusministeriö 2006.)

Sairaanhoitajan vastuulla on potilaan/asiakkaan fyysinen, psyykkinen, hengellinen ja sosiaalinen turvallisuus. Hoitajat seuraavat potilaan tilaa, oireita ja hoidon vaikuttavuutta tavallisimpien sairauksien hoidossa ja tekevät tarvittavia johtopäätöksiä. Peruselin toimintojen tutkiminen, tarkkailu ja ylläpito kuuluvat sairaanhoitajien tehtäviin. Hoitajat torjuvat infektioita ja hallitsevat keskeiset tutkimus- ja hoitotoimenpiteet ja niissä tarvittavien välineiden ja laitteiden oikean ja turvallisen käytön. He tekevät tutkimuksia välittömään hoitoon soveltuvilla pienlaitteilla. Hoitajat hyödyntävät tutkimustuloksia hoidossa ja hoidon seurannassa. Sairaanhoitajat tukevat potilaan ja hänen läheistensä hyvinvointia ja jaksamista. Hoitajat ennaltaehkäisevät ja tunnistavat potilaan/asiakkaan mielenterveyttä uhkaavia tilanteita ja auttavat heitä tarvittaessa hoitotyön keinoin. (Opetusministeriö 2006.)

Sairaanhoitajat lievittävät potilaan/asiakkaan kipua ja kärsimystä eri tilanteissa, myös elämän päättyessä. Hoitajat ovat mukana tilanteissa, joissa annetaan ensiapua erilaisissa hoito- ja toimintaympäristöissä. Hoitajat hallitsevat potilaan peruselvytyksen, apuväli-

neitä käyttäen ja osallistuvat hoitoelvytykseen toimivaltaansa kuuluvissa tehtävissä, sekä tarvittaessa johtaa elvytystoimintaa. Hoitajat toimivat normaaliolojen häiriötilanteissa ja poikkeusolojen terveydenhuollossa voimassa olevien toimintaohjeiden mukaisesti. Lisäksi sairaanhoitajan tulee hallita kokonaishoidon tarpeen arviointi. (Opetusministeriö 2006.)

3.2 Yhteisöllisyys

Työpaikalla yhteisöllisyyttä tukevat avoin tiedonkulku ja vuorovaikutus. Ongelmien esille tuominen ja niistä avoin keskusteleminen edistää yhteistyötä. Henkilöstö on motivoitunutta ja vastuuntuntoista, kun työyhteisö on hyvinvoiva. Yhteisöllisyyttä tuetaan hyvällä ja kannustavalla ilmapiirillä. Hyvään ilmapiiriin vaikuttaa johdon, esimiesten ja työntekijöiden hyvä yhteistyö. (Vauhkonen 2011.)

”Hyvä yhteisö auttaa jokaista jäsentään toteuttamaan omaa yksilöllisyyttään ja yksilöiden erilaisuus tuo yhteisöön sitä energiaa, jolla yhteisöllisyyttä voidaan rakentaa. Erilaisuuden hyväksyminen on yhteisöllisyyden perusta.” (Manka, Kaikkonen & Nuutinen 2007.)

Yhteisöllisyys lisää työhyvinvointia ja oppimista. Jokainen organisaatio koostuu ihmisistä, joilla on yhteinen tavoite ja yhteinen tehtävä. Viime vuosina työelämässä on nostettu esille yhteisöllisyyden käsite. Työelämässä yhteisöllisyys tukee terveyttä, hyvinvointia, oppimista ja tuloksellisuutta. Yhteisöllisyys työpaikalla luo yhteenkuuluvaisuutta, tarjoaa jäsenilleen turvaa ja auttaa heitä hahmottamaan ympäristöään. (Manka ym. 2007.) Latvala on maininnut tutkielmassaan sairaanhoitajien ammatillisen yhteistyön muodoiksi työyksikön yhteiset kokoontumiset, konsultointi, vertaisarviointi, yksilövastuinen hoitotyö, tiimityö, sekä moniammatillinen yhteistyö (Latvala 2001, 13).

3.2.1 Yksilövastuinen hoitotyö ja tiimi

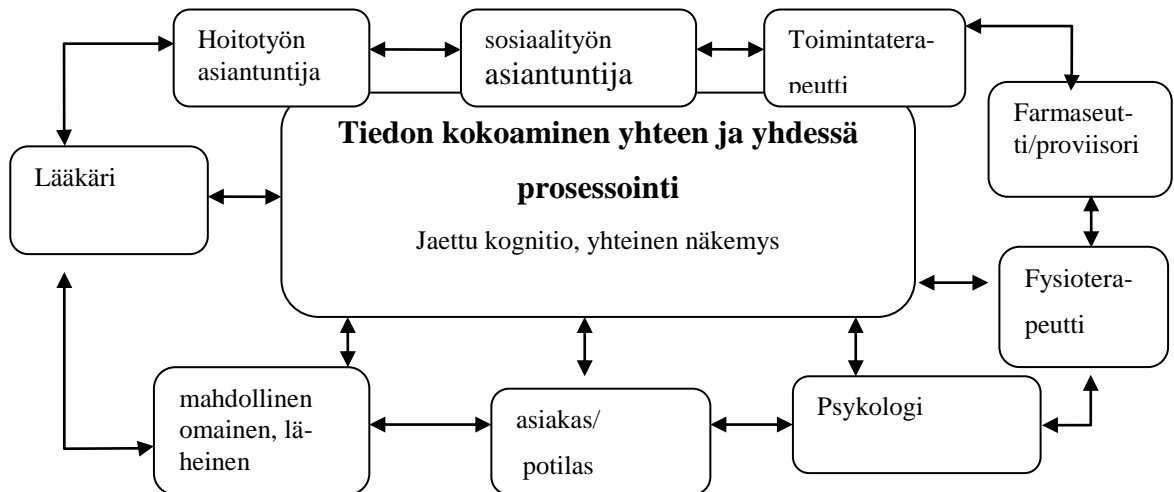
Yksilövastuinen hoitotyö tarkoittaa sitä, että jokaisella potilaalla on omahoitaja ja korvaavat hoitajat. Omahoitaja on vastuussa potilaansa hoidosta ja hyvinvoinnista. Omahoitaja tekee itsenäisesti hoitotyötä vaativat päätökset ja on vuorovaikutuksessa potilaan

ja heidän omaistensa kanssa. Tiimi kuitenkin tukee omahoitajaa ja auttaa tarvittaessa. Omahoitajuudella on kuusi peruspiirrettä, jotka ovat vastuullisuus, autonomia, koordinointi, kattavuus, potilaskeskeisyys ja jatkuvuus. Nämä kuvaavat omahoitajan tehtäviä potilaan hoidossa. (Munnukka 1993.)

Tiimillä käsitetään pientä ryhmää ihmisiä, joilla on yhteinen päämäärä ja he ovat yhteistyössä toistensa kanssa saavuttaakseen tavoitteet ja heillä on mahdollisuus suunnitella itse työtään. Tiimityöskentely vaatii jäseniltään yhteistoiminnallisuutta, joka perustuu kollegiaalisuuteen ja toiselta oppimiseen. (Suomen virallinen tilasto 2012.) Tiimin avulla toteutetaan perustehtävää, eli tiimi on työväline. Tiimityöskentelyn avulla perustehtävän toteuttaminen selkiytyy, sillä tiimityöskentelyllä voidaan jäsentää organisaation ja yksikön toimintaa. Tiimityöllä luodaan pohja yksilövastuiselle hoitotyölle. Henkilömäärä tiimissä voi vaihdella. Jokaisella tiimin jäsenellä on vastuu omasta ammatillisesta työstään, mutta tiiminä kannetaan vastuu yhteisen perustehtävän toteutumisesta ja yhteisvastuu toiminnan sujumisesta. Tiimin tulee pystyä arvioimaan omaa toimintaansa ja vastaamaan uusiin haasteisiin jatkuvasti. Tiimin toimiessa hyvin, siitä syntyy laadukas prosessi ja tämä edistää asiakkaan hyvää hoitoa. (Koivukoski & Palomäki U. 2009, 15-16.)

3.2.2 Moniammatillinen yhteistyö

Sosiaali- ja terveysalan asiakastyössä voidaan kuvata moniammatillista yhteistyötä eri asiantuntijoiden työskentelynä, jossa pyritään huomioimaan asiakkaan elämän kokonaisuus. Yhteisessä tiedon prosessoinnissa eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot integroidaan yhteen asiakaslähtöisesti. (Isoherranen 2006, 14.) Latvalan (2001, 21) tutkimuksen mukaan ammatillisessa yhteistyössä tärkeimpinä tekijöinä mainittiin tiedon ja keskinäisen luottamuksen lisääntyminen, erilaisten näkemysten huomioon ottaminen ja oman ajattelun laajeneminen.



KUVIO 2. Moniammatillinen yhteistyö (Isoherranen Kaarina 2006, 18).

Tässä kuviossa kuvataan moniammatillisen yhteistyön perusmallia. Ihanne tilanteessa sovitaan paikka ja aika milloin moniammatillinen ryhmä kokoontuu. Kuviossa 2 asiantuntijoiden välistä vuorovaikutus suhdetta kuvataan nuolilla. Kuvio on kuitenkin yksinkertaistettu, eikä kuvaa käytännön työssä tapahtuvia eritasoisia ja erilaisia ratkaisuja. Joissakin yhteistyömalleissa voi olla, että vain kaksi ammattilaista tapaavat asiakkaan ja tuo tiedon moniammatilliseen työryhmään käsiteltäväksi eli todellisuudessa kaikki ammattilaiset eivät ole samaan aikaan paikalla. (Isoherranen 2006,17.) Asiakkaan kokonaisvaltaisesta hoidosta ja tarpeista keskusteltaessa moniammatillisessa tiimissä, jokainen työntekijä tuo oman näkökulmansa yhteiseen käyttöön ja arviointiin. Tällainen yhteistyömuoto on takaamassa, että asiakkaan hoito kohdentuu oikeisiin asioihin. (Koivukoski & Palomäki 2009, 93.)

3.2.3 Työyksikön yhteiset kokoontumiset

Latvalan (2001) tutkimuksen mukaan yksikön toiminnallisen rakenteen kehittämistä edistää työyksikön yhteiset kokoontumiset, jotka ovat säännöllisiä. Yhdessä keskustelemalla ja asioita tutkimalla, edistää avointa viestintää ja tuo esille mahdollisia ristiriitoja ja tämä auttaa yksikköä kehittymään. Jos säännöllisiä yhteisiä kokoontumisia ei pidetä, ei voida puhua yhteistoiminnasta. Kaikilla yhteisön jäsenillä täytyy olla mahdollisuus yhteisissä kokoontumisissa tuoda haluamansa asiat esille. Yhteisiä kokoontumisia pidet-

täessä säännöllisesti, mieluiten viikoittain, se edistää tehokkaammin työyhteisö kehittymistä. (Latvala 2001, 14.)

3.2.4 Konsultointi ja vertaisarvionti

Työelämässä tapahtuva konsultaatio on vuorovaikutukseen perustuva auttamisprosessi, jossa henkilö tai ryhmä yrittää saada ongelmaansa jonkinlaista ratkaisua tai kehittää suunnitelmaansa, johon he pyytävät apua yhdeltä tai useammalta henkilöltä päästäkseen ratkaisuun tai suunnitelman jatkamiseen. Työelämässä konsultoinnille ominaista ovat tasavertaisuus, molemminpuolinen luottamus ja halu yhteistyöhön. (Erkkilä, Kronqvist & Kiiskilä 1997.) Esimerkiksi nuori hoitaja voi konsultoida kokeneempaa hoitajaa liittyen hoitotyön ongelmaan. Hän saa neuvoja ja ohjausta kokeneemmalta hoitajalta, jolloin nuoren hoitajan ammattitaito lisääntyy. Hoitajat tukevat toinen toistaan oppimisessa ja kehittyvät ammatillisesti.

Vertaisarvioinnissa analysoidaan, tarkastellaan ja puntaroidaan kriittisesti verrattavan toimintaa. Arviointi ei ole tuomitsevaa, vaan tarkoituksena on antaa rakentavaa ja kannustavaa palautetta toiminnasta. Tämä edistää yksilöä ja yhteisöä. (Seppänen-Järvelä 2005.)

3.3 Oppiva organisaatio

Yhteisöllisyyteen liittyy läheisesti käsite oppiva organisaatio. Tämän edellytys on positiivinen yhteisöllisyys. Yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi oppiva organisaatio osaa käyttää kaikkien yksilöiden ja ryhmien oppimiskykyä, sekä kykenee luomaan kannustavaa ilmapiiriä oppimiseen ja kehittämiseen. Kaikki ryhmän jäsenet ovat vastuussa organisaation oppimisesta. Aktiivinen vuorovaikutus on oppimisen lähtökohta. (Manka ym. 2007.)

Oppivan organisaation syntymisen lähtökohtana on, että kukin organisaation jäsen oppii puhumaan omista kokemuksistaan. Tämä on mahdollista vain tilanteessa, jossa jäsenillä on riittävästi yhteistä ymmärrystä tavoitteista, toimintaympäristöistä ja niiden edellyttämistä toimintatavoista. Ilman luottamusta ei synny oppimista. (Manka ym. 2007.)

Sydänmaanlakka (2001) määrittelee oppivan organisaation sellaiseksi organisaatioksi, jolla on kyky sopeutua jatkuvasti, muuttua ja uudistua sitä mukaan mitä ympäristö vaatii. Oppiva organisaatio oppii kokemuksen perusteella, sekä pystyy nopeasti muokkaamaan toimintatapojaan. Hän kirjoittaa, että oppivassa organisaatiossa saa tehdä virheitä, sillä ne kuuluvat oppimisprosessiin. (Sydänmaanlakka 2001, 51.)

3.3 Kliiniset kädentaidot

Terveysalan koulutus 2005- projekti oli opetusministeriön alainen työryhmä. Työryhmän tehtävä oli päivittää tutkintonimikkeittäin terveysalan ammattikorkeakoulutuksen opinnot vastaamaan kansallisia tavoitteita. Näihin tavoitteisiin kuuluu kansalliset ja kansainväliset osaamisvaatimukset. Työryhmä julkaisi tästä vuonna 2006 raportin nimeltään, Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Tämä raportti päivittää aiemmin 2001 tehdyn osaamiskuvauksen. Koulutuksissa, jotka johtavat sairaanhoitajan, kättilön, ensihoitajan ja terveydenhoitajan ammatteihin on otettu huomioon Euroopan parlamentin ja Neuvoston 7.9.2005 laatiman direktiivin (2005/36/EY) vaatimukset yleissairaanhoidosta vastaavan sairaanhoitajan ja kättilön koulutuksille. Määriteltäessä koulutuksen vähimmäisvaatimuksia ovat keskeisiä tekijöitä olleet potilasturvallisuus, terveydenhuollon ominaispiirteet ja palvelujen korkeatasoisen laadun turvaaminen. (Opetusministeriö 2006.)

Raportissa on eritelty tutkintonimikekohtaiset ammatin toiminta, vastuualue ja ammatillinen osaaminen. Keskeiset opinnot ja opintojen vähimmäisopintopisteet on määritelty koulutuksen vähimmäisvaatimuksissa. Koulutuksen antaman ammattitaidon varaan voidaan joustavasti rakentaa työelämässä uutta ja yhteiskunnan kehityksen myötä muuttuvaa osaamista. (Opetusministeriö 2006.)

Sairaanhoitajan kliinisen hoitotyön osaaminen perustuu vahvaan teoreettiseen osaamiseen. Tämä kattaa ajantasaisen hoitotieteellisen tiedon, hoitotyössä tarvittavan anatomian, fysiologian, patofysiologian ja lääketieteen. Sairaanhoitajan osaamista on tieto keskeisistä erikoisaloista, farmakologiasta, ravitsemustieteestä, sekä yhteiskunta- ja käyttäytymistieteistä. Näyttöön perustuva hoitotyö edellyttää ongelmanratkaisu- ja päätök-

sentekotaitoja, potilaan kokonaishoidon ja hoitotyön auttamismenetelmien hallintaa, sekä lääkehoidon virheetöntä toteuttamista. (Opetusministeriö 2006.)

Kliinisen hoitotyön osaamisessa otetaan huomioon eri-ikäiset ihmiset ja erilaiset sairaudet, sekä erilaisten terveysongelmien hoitotyö. Näitä kliinisen hoitotyön osa-alueita painotetaan taulukossa (taulukko 1), joka on tehty tervaprojektin pohjalta, sairaanhoitajien kliinisen hoitotyön osaamisesta. (Opetusministeriö 2006.)

TAULUKKO 1. Sairaanhoitajan kliinisten kädentaitojen osaamisalueet.

keskeiset kansansairaudet	
erilaisten terveysongelmien hoitotyö	
perus- ja kokonaishoito	<ul style="list-style-type: none"> o haavanhoidot, o hapen anto o infuusioautomaattihoidot o inhalaatiohoidot o injektion antaminen ihonalaisesti (s.c.), ihonsisäisesti (i.d.) ja lihakseen annettuna (i.m.) o limanimeminen ylä- ja alahengitysteistä o nenä-mahaletkun asettaminen o peräruiskeen antaminen o sidonnat ja lastoitukset o virtsarakon katetrointi o kivun hoitotyö o aseptinen toiminta o kuolevan hoitotyö o ensiapu o peruselvytys (PPE + D) ja hoitoelvytys
•Toimintavalmius, normaaliolojen häiriötilanteiden ja poikkeusolojen varalta, ja niiden aikana.	
•Keskeiset tutkimus- ja hoitotoimenpiteet, sekä niissä käytettävät välineet ja laitteet	<ul style="list-style-type: none"> o säteilysuojelun perusteet o alkometri o EKG o eritetutkimukset o kapillaariverinäytteet o suoni- verinäytteet o ulostetutkimukset, virtsatutkimukset o potilasturvallisuus, työergonomia ja työturvallisuus

Taulukkoon 1 on kirjattu hoitotyön kliinisen osaamisen alueet ja alueiden sisältö on avattu viereiseen lokeroon. (Opetusministeriö 2006.)

3.4 Lisä- ja täydennyskoulutus

Lisäkoulutuksesta puhutaan yleensä ammatillisena lisäkoulutuksena. Tällä tarkoitetaan ammatti- ja erikoisammattitutkintoon valmistavaa koulutusta. Ammatti- ja erikoisammattitutkinto suoritetaan näyttökokeella. Tällä tarkoitetaan, että ammattitaito arvioidaan erillisellä koetilaisuudella. (Suomen virallinen tilasto 2012.) Aluehallintoviraston (2009) mukaan lisäkoulutuksella tarkoitetaan työelämän tehtäviin liittyvää, syventävää koulutusta, sekä ammatti- ja erikoisammattitutkintojen tai niiden osien suorittamista. Tämä koulutus tapahtuu ammatillisen peruskoulutuksen jälkeen. (Aluehallintovirasto 2009.)

Täydennyskoulutuksella tarkoitetaan sellaista koulutusta, jonka avulla työssä tarvittavaa osaamista ylläpidetään ja kehitetään. Tällä koulutuksella vastataan henkilöstön välittömiin koulutustarpeisiin tai tulevaisuudessa tarvittaviin taitoihin ja tietoihin. (Kuntatyönantajat 2008.)

Ammatinharjoittamislaisissa säädetään täydennyskoulutusvelvollisuudesta. Sen mukaan terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammatti-toiminnan edellyttämää ammattitaitoa ja perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin. Työnantajan on luotava edellytykset koulutukseen osallistumiselle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000.)

Täydennyskoulutuksen järjestämisessä on mukana useammat tahot. Täydennyskoulutusta terveydenhuollon henkilöstöille ovat toteuttamassa pääasiassa yliopistot, ammattikorkeakoulut, ammatilliset oppilaitokset ja ammatilliset aikuiskoulutuskeskukset ja työnantajat. Terveydenhuollon tieteelliset ja ammatilliset järjestöt ovat myös keskeisessä roolissa, tarjoten koulutusta. Myös yksityiset koulutuksen järjestäjät ja terveydenhuollon laitevalmistajat, sekä lääketeollisuus ovat tuottamassa täydennyskoulutusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.)

Vastuu täydennyskoulutuksen mahdollistamisesta ja sen rahoittamisesta on pääosin työnantajalla. Työntekijän vastuulla on oman täydennyskoulutustarpeen arviointi, sekä osallistuminen omaa työtä ja organisaatiota palvelemaan täydennyskoulutukseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.)

Hoitokäytännöt muuttuvat jatkuvasti lääketieteen, terveystieteiden, biotieteiden ja teknologian nopeasti kehittyessä. Ihmisten vaatimukset lisääntyvät, sekä työelämä ja toimintaympäristöt muuttuvat. Nämä vaikuttavat ammatillisen osaamisen kehittämiseen ja täydennyskoulutuksen merkitys korostuu terveydenhuollossa. Terveyskoulutuksen täydennyskoulutustarjonta on runsasta. Koulutuksen organisoinnissa, koordinoinnissa ja toteutuksessa on nykyisellään kuitenkin monia puutteita. Keskeisenä ongelmana on, että terveydenhuollon täydennyskoulutuksen suunnittelu on vain harvoin osa organisaation strategista johtamista, eikä työntekijöiden yksilöllisiä osaamistarpeita oteta riittävästi huomioon. Myöskään täydennyskoulutuksen vaikuttavuutta ei aina ole huomioitu. Riittämätön rahoitus, sekä puutteelliset osallistumismahdollisuudet ovat hankaloittaneet laadukkaan täydennyskoulutuksen toteutumista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.)

Sairaanhoitajaliiton ”sairaanhoitajan kliininen urakehitys”- projekti on laatinut suositukset täydennyskoulutuksen tavoitteista, sisällöstä, menetelmistä ja arviointia koskevista laatuvaatimuksista, joilla tuetaan sairaanhoitajan urakehitystä, sekä yhtenäistetään täydennyskoulutuksen laatua ja vaatimustasoa. Systemaattinen ja riittävän pitkäkestoinen täydennyskoulutus on vastaus haasteisiin, joita ikääntyvä väestö, terveystarpeiden muutokset, uusiutuva tieto ja teknologia ja yhteiskunnan niukkenevat resurssit asettavat hoitotyön tehokkuudelle ja vaikuttavuudelle. (Suomen sairaanhoitajaliitto 2003.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kvantitatiivinen tutkimus tarkoittaa määrällistä tutkimusta. Kvantitatiivisin menetelmin saadaan tilastollisia tuloksia. Tulosten oikea tulkinta ja niiden ymmärtäminen vaatii tutkimuskohteen tuntemista ja laajempialaista tietämystä. (Tuomi 2007, 95.) Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2007) mukaan, tässä tutkimustyyppissä korostetaan yleistettäviä syyn ja seurauksen lainalaisuuksia. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeisiä asioita ovat johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, sekä aiemmat teorialat. Tutkimuksessa selvitetään, myös keskeisimmät käsitteet. (Hirsjärvi ym. 2007, 135 -136.) Tuomen (2007) mukaan määrällistä tutkimusta ei voida ajatella ilman teoriaa. Teorian puuttuessa se ei ole raportti, vaan selvitys tai kysely, joka ei ole tieteellinen tutkimus. (Tuomi 2007, 95.) Määrällinen tutkimus antaa vastauksen kysymyksiin kuinka moni, kuinka paljon ja kuinka usein. Kvantitatiivinen tutkimus antaa tutkijalle tulokset numeroina tai tunnuslukuina. Tutkijan tehtävä on tulkita tulokset sanallisesti. (Vilka 2007, 14.)

Jotta voidaan tutkia henkilöiden asioita määrällisellä tutkimustavalla, täytyy tutkittavat asiat muuttaa rakenteellisesti eli se strukturoidaan. Strukturointi tarkoittaa tutkittavan asian ja sen ominaisuuksien suunnittelua ja vakioimista. Tämä tapahtuu ennen aineiston keräämistä. Eli asiat vakioidaan lomakkeelle vaihtoehdoiksi ja kysymyksiksi ennalta niin, että jokainen vastaaja ymmärtää kysymyksen samalla tavalla ja ne voidaan kysyä kaikilta vastaajilta samalla tavalla. (Vilka 2007, 14 -15.)

Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmän valintaan vaikutti se, että haluttiin tutkimuksen avulla saada vastauksia mahdollisimman monelta henkilöltä samasta sairaalasta. Vilkan (2007) mukaan kvantitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä suuri vastaajien lukumäärä. Vastausjoukon ollessa suuri, sitä paremmin se edustaa tutkittavan asian keskimääräistä mielipidettä, asennetta tai kokemusta perusjoukossa. (Vilka 2007, 17.)

4.2 Aineiston keruu- ja analyysimenetelmä

Tutkimuksen kohteena olivat sairaanhoitajat, lähi- ja perushoitajat Nokian terveyskeskuksen vuodeosastoilla. Tutkimuksessa sairaanhoitaja nimekkeen alle kuuluvat mahdolliset terveydenhoitajat. Tutkimuskohteen valintaan vaikutti se, että toinen tämän opinnäytetyön tekijöistä on ollut työsuhteessa Nokian terveyskeskuksen vuodeosastolla. Tekijöillä oli jo aihe tiedossa, tutkimuksen kohde puuttui. Oli luontevaa kysyä yhteistyömahdollisuutta kyseisestä yksiköstä. Arviointi- ja kuntoutusosaston osastonhoitajan kiinnostuksesta aloitimme yhteistyön ja saimme opinnäytetyöhön mukaan erikoissairaanhoidon osaston. Näillä osastoilla työskentelee yhteensä n. 80 hoitajaa, mukaan luetuna sijaiset.

Aineistoa on kerätty kyselylomakkeen avulla, joka on laadittu määrällisen tutkimustavan mukaan, teorian pohjalta. Syksyllä 2011 teimme lupahakemuksen Nokian terveyskeskuksen ylihoitajalle tutkimustamme varten. Lupahakemuksen yhteydessä toimitimme opinnäytetyö suunnitelman ja kyselylomakkeen luettavaksi. Tässä vaiheessa meidän opinnäytetyön ohjaava opettaja oli hyväksynyt opinnäytetyön suunnitelman. Luvan saimme ylihoitajalta.

Veimme yhteensä 80kpl kyselylomakkeita henkilökohtaisesti Nokia terveyskeskuksen erikoissairaanhoidon osastolle ja arviointi- ja kuntoutus osastolle marraskuulla 2011. Molemmille osastoille annettiin yksi kuukausi aikaa vastata kyselyihin.

Tarkoituksemme oli saada yli 70 palautunutta lomaketta täytettynä. Haimme palautelaitteet kuukauden jälkeen ja vastattuja lomakkeita oli yhteensä 58, vastausprosentti oli 72,5 %. Jäimme tavoitteestamme kyselylomakkeiden palautumisen määrässä. Palautusprosentin olli kuitenkin hyvä.

Kysely on tapa jolla kerätään aineistoa. Tämä tapa soveltuu hyvin aineiston keräämistä vaksi, kun tutkittavia henkilöitä on paljon. Kyselyä käytettäessä ongelmaksi muodostuu lomakkeiden hidas palautuminen tutkijalle. Suunniteltaessa ajankohtaa jolloin kysely suoritetaan, kannattaa ottaa huomioon vuodenaikoihin liittyvät asiat. Sillä ne voivat vaikuttaa vastausprosenttiin. (Vilka 2007, 28.) Suunniteltaessa tämän tutkimuksen ajankohtaa otimme huomioon kesälomakauden, joten kysely toteutettiin vasta syksyllä lomaruuhkien jälkeen.

Määrällistä tutkimusta tehdessä tutkijan on tiedettävä täsmällisesti mitä tutkitaan, jos tämä ei ole tiedossa, ei voida tietää mitä mitataan. Ennen kyselylomakkeen tekoa tarvitsee tutkijalla olla käsitteitä määriteltynä, ennen kuin tutkimusaineistoa voidaan lähteä kyselylomakkeella keräämään. (Vilka 2007, 37-38.) Kyselylomakkeen tekeminen tässä opinnäytetyössä, luonnollisesti alkoi vasta, kun teoria oli hahmottunut kasaan tutkimusongelmien pohjalta.

Onnistuneen kyselylomakkeen edellytyksenä on, että asiaongelma on täsmällisesti määriteltä ja siitä on tehty täsmälliset tutkimusongelmat. Aiempiin tutkimuksiin ja teoriaan kirjallisuuteen pohjaten on perehdytty. Teorian pohjalta on määriteltä avainkäsitteet ja alakäsitteet. Kyselylomaketta tehdessä, täytyy ottaa huomioon se, että lomakkeen ollessa vastaajilla, mitään ei voi enää korjata. Tämän takia on tärkeää, että varmistukset ja tarkistukset on tehty etukäteen. (Vilka 2007, 63.) Kyselylomake on laadittu opinnäytetyön tutkimusongelmien ja teoria osuuden pohjalta, sisältäen monivalintakysymyksiä. Kysymykset ovat aseteltu niin, että vastaukset antavat vastauksia opinnäytetyön ongelmiin, jotka ovat seuraavat: Miten hoitajat arvioivat omaa osaamistaan? Mitkä tekijät edistävät ja mitkä estävät hoitajien osaamista ja oppimista? ja miten tarpeellisena hoitajat kokevat lisä- ja täydennyskoulutuksen?

Määrällisessä tutkimuksessa kyselylomakkeen kysymys tyyppejä ovat monivalintakysymykset, avoimet kysymykset ja sekavalintakysymykset. Monivalintakysymyksissä on annettu vastausvaihtoehdot valmiiksi, kun taas avoimissa kysymyksissä tavoitteena on saada vastaajan spontaaneja mielipiteitä. Sekamuotoisia kysymyksiä ovat sellaiset, joissa monivalinta kysymykseen on laitettu avoin vastaus mahdollisuus. (Vilka 2007, 66-67.)

Kyselylomakkeella tarvitsee olla selkeät ohjeet miten kysymyksiin vastataan. Vastaajalle ei saa tulla sellaista tunnetta, että hän joutuu arvuuttelemaan miten kysymykseen vastataan. Lomakkeen tarvitsee edetä kysymyksestä kysymykseen sujuvasti, niin että vastaajan ei tarvitse miettiä jatkuvasti pitikö laittaa rasti vai ympyrä ja mitä lisäkysymyksiä minulle nyt tulee. (Vilka 2007, 66.) Tämän opinnäytetyön kyselylomaketta laatiessa kiinnitettiin paljon huomiota siihen, että kyselyyn olisi mielekästä ja helppoa vastata. Selailimme erilaisia kyselylomakkeita ja otimme niistä rakenteeseen mallia. Vastaamisen helppoutteen vaikuttaa se, että kysymys ja vaihtoehdot ovat samalla sivulla selkeässä

taulukossa. Päädyimme siihen, että kyselyssä taustatiedot tulevat vasta viimeiselle sivulle. Sillä niihin on helppo vastata ja tulee vastaajalle sellainen tunne, että osasin vastata kaikkiin kysymyksiin.

Kyselylomakkeessa kysymykset on muotoiltu 5-portaiseen Likert asteikkoon. Likert asteikkoa käytetään mielipideväittämissä, tavallisesti se on 4- tai 5- portainen jätysasteikon tasoinen asteikko. Useimmiten toisena ääripäänä on ”täysin samaa mieltä” ja ”toisessa päässä on täysin eri mieltä”. Opinnytetyön vastausvaihtoehdot ovat täysin samaa mieltä, lähes samaa mieltä, lähes eri mieltä, täysin eri mieltä, en osaa sanoa ja nämä ovat numeroituna taulukkoon 4-0. Kliiniset kädentaidot väittämissä vastausvaihtoehdot ovat asiantuntija, hyvä, kohtalainen, koulutuksen antama perustieto, en osaa sanoa. Nämä vastausvaihtoehdot on numeroitu, myös 4-0. Kyselylomakkeessa taustatietoja on kysytty suljetuilla vastausvaihtoehdoilla, jossa vastausvaihtoehdot on annettu ja ympäröidään sopiva vastausvaihtoehto.

Kyselylomakkeessa on laadittu kysymykset tutkimusongelmien mukaan hoitotyön osaamisen arviointiin, hoitajien oppimiseen ja osaamista edistäviin ja estäviin tekijöihin, sekä lisä- ja täydennyskoulutukseen liittyviin kysymyksiin. Näissä luokitteluissa kysymykset liittyvät, työyhteisöön ja sen antamaan tukeen osaamiselle ja oppimiselle, yhteistyötaitoihin, työilmapiiriin, klinisiin kädentaitoihin, työnkiertoon ja lisä- ja täydennyskoulutuksen tarpeeseen. Näitä asioita on käsitelty teoria osassa ja selvitetty mitä ne tarkoittavat. Teemoina kyselylomakkeella olivat osaaminen ja yhteistyötaidot. Opinnytetyön tekijät ovat laatineet kyselylomakkeen itse, mutta he ovat käyttäneet malleina Latvalan Pro gradu- tutkielmaa ja Karu, Kosunen & Ojalan opinnytetyötä.

Tutkijalla on oltava varmuus siitä, että vastaajilla on tieto mitä kyselyllä halutaan saada, tämä tieto voi motivoida vastaamaan. Saatekirje aloittaa vastaajan motivoinnin vastaamiseen. Saatekirjeellä tarkoitetaan tekstiä, joka on liitetty kyselylomakkeen mukaan. Saatekirjeessä on kerrottu tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta. Tämän perusteella tutkimuksen kohde voi päättää osallistuuko vai kieltäytyykö kyselystä. Aineistoa kerätessä esim. työpaikoilla voidaan saate esittää suullisesti. Se ei saa pituudeltaan olla kovin pitkä sillä henkilö voi kyllästyä asiaan. Suullista saatetta esittäessä usein riittää saatekirjeen vapaamuotoinen ja asiallinen esittäminen. Eli pelkästään suullinen saate ei riitä, vaan kyselyssä kannattaa olla paremmin laadittu saatekirje kirjallisena. Tämä sen takia heille, jotka haluavat tutustua tutkimukseen paremmin. Saate kirjeessä täytyy olla mai-

ninta siitä jos vastaajalla on mahdollisuus osallistua arvontaan/palkkioon ja mitkä on arvontatavat. (Vilka 2007, 64-66, 177.)

Tämän opinnäytetyön kyselylomakkeen saatekirje on tehty teoria ohjeiden ja kirjallisuutta apuna käyttäen. Laadimme saatekirjeen tutkimuskohdetta kunnioittaen ja kerroimme kirjeessä lyhyesti mikä opinnäytetyössämme on tarkoitus ja mitä heille olisi kyselyyn vastaamisesta hyötyä. Kyselylomakkeet vietiin osastoille osastotuntien yhteydessä, jossa kerroimme lyhyesti opinnäytetyöstä ja sen aiheesta. Suullisessa saatteessa kerrottiin, myös kannustimesta. Tämä kannustin oli sellainen, että enemmän vastanneelle osastolle vietiin jotain hyvää kahvipöytään.

Kyselylomaketta on aina hyvä testata ennen, kuin sillä kerätään varsinaista aineistoa. Lomakkeen testaus tarkoittaa sitä, että tehdään koekysely. Testaajina voivat esimerkiksi olla kollegat tai ohjaajat. (Vilka 2007, 78.) Testasimme syksyllä 2011 kyselylomakkeita muutamalla hoitajalla Ikaalisten terveystieteiden keskuksessa. Halusimme tietää vastaamisohjeiden selkeydestä ja kysymysten asettelun sujuvuudesta, sekä siitä onko vastaaminen aikaa vievää. Saimme hyvää palautetta ja pienillä muutoksilla totesimme lomakkeemme käyttökelpoiseksi.

Se miten tutkittavaa tietoa analysoidaan, riippuu tutkijan tekemistä valinnoista alkuvaiheissa. Analyysivaiheessa tutkija saa tietoa siitä, saako hän vastaukset tutkimuksensa ongelmiin ja minkälaiset vastaukset hän saa. (Hirsjärvi jne. 2007, 216.) Määrällisessä tutkimuksessa analyysimenetelmä on sellainen, mikä antaa tietoa siitä, mitä ollaan tutkimassa. Analyysitapa voidaan valita sen mukaan tutkitaanko yhtä vai kahta muuttajaa vai niiden välistä riippuvuutta tai muuttajien vaikutusta toisiinsa. Tulokset esitetään numeraalisesti, graafisesti, ja sanallisesti esim. taulukoina, pylväskuvioina, ja piirakkakuvioina. (Vilka 2007, 119, 134-135.)

Kyselylomakkeiden vastaukset syötimme spss- ohjelman havaintomatriisiin ja analysoimme niitä tammikuun 2012 aikana. Ennen analysointia tarkastimme vielä kaikki lomakkeet, että niihin oli vastattu huolellisesti ja mikään kysymys ole jäänyt vastaamatta. Kaikki olivat täyttäneet huolellisesti ja kaikki lomakkeet päätyivät lopulliseen analysointiin. Numeroimme vielä lomakkeet juoksevilla numeroinnilla, jotta varmistamme tiedon syöttämisen virheettömyyden. Tarkastelimme tuloksia lukumäärillä, koska mie-

lestämme, prosentteihin verrattuna, ne kertovat sujuvammin otoksen ollessa 58 kappaletta. Muutamissa tuloksissa käytetään prosenttejakin.

Kysymysten 1-8 ja 22-31 vastausvaihtoehdot täysin samaa mieltä ja lähes samaa mieltä on yhdistetty vaihtoehdoksi samaa mieltä ja lähes eri mieltä ja täysin eri mieltä vastausvaihtoehdot on yhdistetty vastaukseksi eri mieltä. Yhdistykset on tehty, koska se helpottaa tulosten lukua ja tulkintaa. Kysymyksissä 9-21 vastausvaihtoehto asiantuntija on liitetty samaan vaihtoehtoon hyvän kanssa sekä vastausvaihtoehto koulutuksen antama perustieto on liitetty vastausvaihtoehtoon kohtalainen. Näissä kysymyksissä en osaa sanoa vastaukset on poistettu, sillä joillekin ammattiryhmille väittämättä eivät ole kuu-luneet työnkuvaan ja ammattitaitoon.

Aineistosta otettiin suorat jakaumat ja prosentit kuvaamaan tuloksia. Analysoinnissa käytetään ristiintaulukointia. Taustamuuttujana toimii osasto, sitä käytetään taustamuuttujana kysymyksissä 1-31, näin saadaan eriteltyä osastokohtaiset tulokset. Erittely helpottaa molempien osastojen osastonhoitajia löytämään oman osastonsa vahvuuksia ja heikkouksia. Tulosten avulla he voivat esimerkiksi suunnitella lisä- ja täydennyskoulutusten tarvetta omilla osastoillaan. Arviointi- ja kuntoutusosaston osastonhoitaja Arja Laitisen (2012) mukaan, Nokian terveystieteiden tutkimuskeskuksella on oma laatukäsikirja, joka määrittää hoidon laatua. Hoitajat tekevät itse osaamisensa arviointia, sille luodulle lomakkeelle. Tämän jälkeen osastonhoitaja täyttää lomakkeet vertaisarviointina. Kehityskeskusteluissa osastonhoitaja käy läpi hoitajan kanssa arviointilomakkeen yhteneväisyyttä ja sitä ovatko tavoitteet, joita terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatukäsikirja määrittää, toteutuneet. Näiden pohjalta suunnitellaan hoitajien täydennys- ja lisäkoulutuksen tarvetta.

Tulokset esitetään kirjallisesti käyttäen apuna taulukoita. Taulukoissa n= tarkoittaa vastaajien lukumäärä ja % prosenttia.

5 TULOKSET

5.1 Taustatiedot

Palautuneista kyselylomakkeista selvisi, että yli puolet (n=35) vastanneista hoitajista työskentelivät arviointi- ja kuntoutusosastolla. Erikoissairaanhoidon osastolla vastanneita hoitajia työskenteli lähes neljäsosa (n=23).

Vastanneista hoitajista yli puolet (n= 32) olivat sairaanhoitajia. Toiseksi eniten (n= 25) joukossa oli lähi- tai perushoitajia. Iältään suurimman ryhmän (n=22) muodostivat 45- 54 vuotiaat. Vajaa kolmasosa (n=14) hoitajista olivat iältään 35- 44 vuotiaita. Seuraavaksi suurimmat ryhmät muodostivat 55 vuotta tai yli (n=10) ja 25- 34 vuotiaat (n=10). Vastanneista nuorimmat, alle 25 vuotta täyttäneet, muodostivat kaikkein pienimmän (n=2) joukon.

Vastanneilta kysyttiin työkokemusta terveydenhuollon alalta vuosina. Lähes puolella vastaajista oli työkokemusta 14 vuotta tai vähemmän. 15-34 vuotta työkokemusta oli puolella vastaajista ja reilulla viidellä prosentilla 35 vuotta tai yli (taulukko 2).

TAULUKKO 2. Hoitajien työkokemus terveydenhuoltoalalta

työkokemus	n	%
alle 5 vuotta	9	15,5
5- 14 vuotta	17	29,3
15- 24 vuotta	18	31,0
25- 34 vuotta	11	19,0
35 vuotta tai yli	3	5,2
yhteensä	58	100,0

Vakituisessa työsuhteessa vastasi työskentelevänsä yli seitsemänkymmentä prosenttia vastaajista ja reilu kaksikymmentä prosenttia oli sijaisia (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Työsuhteen muoto

työsuhde	n	%
vakituinen	44	75,9
sijainen	14	24,1
yht.	58	100,0

Lähes puolet (n=27) vastanneista olivat työskennelleet nykyisessä työpaikassaan 5- 14 vuotta. Alle 5 vuotta työskennelleitä oli lähes kolmannes (n=15) hoitajista. 15- 24 vuotta työpaikassaan olleita oli vastanneista 9 (n=9). Pienimmät ryhmät muodostivat 25-34 vuotta työskennelleet (n=5) ja 35 vuotta tai yli (n=2) (taulukko 4).

TAULUKKO 4. Hoitajien työssä oloaika nykyisessä työpaikassa

työssä olo aika	n	%
alle 5 vuotta	15	25,9
5- 14 vuotta	27	46,6
15- 24 vuotta	9	15,5
25- 34 vuotta	5	8,6
35 vuotta tai yli	2	3,4
yhteensä	58	100,0

5.2 Hoitotyön osaamisen arviointi

Kysymykset 1-4 liittyvät vastaajan omaan arvostukseen, työtovereilta saamaan tukeen ja palautteeseen osaamisesta, sekä omasta ratkaisujen perustelutaidosta hoitotyössä. Kysymyksissä 9-21 kartoitetaan vastaajien kliinisten kädentaitojen tasoa.

Oman osaamisen arvostus oli hyvää molemmilla osastoilla ja yli puolet molempien osastojen hoitajista kokivat oman osaamisen arvostamisen parhaaksi mahdolliseksi. Kukaan vastanneista ei tuntenut omaa arvostustaan osaamisestaan huonoksi. Omat perustelutaidot tekemästä hoitotyöstä olivat myös molempien osastojen hoitajilla hyvää. Tuki, jota hoitajat saavat tekemästään hoitotyöstä työtovereiltaan oli hyvää, mutta kovin harva vastaajista oli täysin samaa mieltä. Erikoissairaanhoidon osastolla 4 (17%) ja ar-

viointi- ja kuntoutusosastolla 9 (26%) hoitajista. Arviointi- ja kuntoutusosastolla 3 hoitajaa vastasi, ettei saa riittävästi tukea osaamiseensa työtovereilta (taulukko 5).

TAULUKKO 5. Työtovereilta saama tuki osaamiselle

		erikoissairaan- hoidon osasto (n)	arviointi- ja kun- toutusosasto (n)
työtoverit tukevat osaamistani	lähes eri mieltä	0	3
	lähes samaa mieltä	19	23
	täysin samaa mieltä	4	9
yhteensä		23	35

Palautteen saaminen tekemästään hoitotyöstä oli suuremmaksi osaa hyvää molemmilla osastoilla. Huonoksi palautteen saamisen työtovereiltaan koki erikoissairaanhoidon osastolla 5 ja arviointi- ja kuntoutusosastolla 7 hoitajaa. (Taulukko 6).

TAULUKKO 6. Hoitajien saama palaute työtovereilta tekemästään hoitotyöstä

		erikoissairaanhoi- don osasto (n)	Arviointi- ja kuntoutus osas- to (n)
Saan palautetta	lähes eri mieltä	5	7
työtovereilta tekemästäni hoitotyöstä	lähes samaa mieltä	18	15
	täysin samaa mieltä	0	13
yhteensä		23	35

5.3 Kliiniset kädentaidot

Kysymyksissä 9- 21 (liite 3) käsitellään osaamisen tasoa kliinisissä kädentaidoissa. Kysymyksiä on haavanhoidosta, perushoidosta, happihoidosta, elvytystaidoista jne.

Perushoidon osaaminen, jossa esimerkkinä oli asentohoito, oli hyvää molemmilla osastoilla. Haavanhoidon osaamisen koki hyväksi erikoissairaanhoidon osastolla yli 70 % vastanneista ja arviointi- ja kuntoutusosastolla lähes 50 % vastanneista. Happihoidon

toteuttaminen oli hyvää molemmilla osastoilla, samoin potilaan liman imeminen hengitysteistä.

Aseptinen omatunto koettiin hyväksi molemmilla osastoilla. Letkuruokinnan toteuttamiseen koki tarvitsevansa lisää koulutusta molemmilla osastoilla 3 hoitajaa. Elvytystaitonsa koki hyväksi erikoissairaanhoidon osastolla 8 hoitajaa ja arviointi- ja kuntoutusosastolla 11 hoitajaa. Tarvetta elvytystaitojen koulutukseen olisi erikoissairaanhoidon osastolla 15 hoitajalle ja arviointi- ja kuntoutus osastolla 24 hoitajalle (taulukko 7).

TAULUKKO 7. Elvytystaidot

		erikoissairaanhoidon osasto (n)	arviointi- ja kuntoutus osasto (n)
Elvytystaitojen	koulutuksen antama		
osaaminen	perustieto	1	5
	kohtalainen	14	19
	hyvä	8	10
	asiantuntija	0	1
yhteensä		23	35

Muissa hätätilanteissa toimimisessa esimerkkinä oli anafylaktinen reaktio. Hätätilanteissa toimiminen oli hyvää erikoissairaanhoidon osastolla lähes 40 prosentilla vastanneista ja arviointi- ja kuntoutus osastolla lähes 30 prosentilla vastaajista. Koulutusta hätätilanteissa toimimiseen tarvitsisi yli 60 prosentti erikoissairaanhoidon vastanneista hoitajista. Arviointi- ja kuntoutus osastolla tätä koulutusta tarvitsisivat lähes 70 prosenttia vastanneista hoitajista (taulukko 8).

TAULUKKO 8. Hätätilanteissa toimiminen

		erikoissairaanhoidon osasto (n)	arviointi- ja kuntoutus osasto (n)
muut hätä-	koulutuksen antama		
tilanteet	perustieto	1	8
esim. anafylaktinen	kohtalainen	13	15
reaktio	hyvä	8	10
	asiantuntija	1	0
yhteensä		23	33

Lääkehoidon toteuttaminen oli vastanneiden hoitajien mielestä hyvää molemmilla osastoilla. Hyvää oli myös saattohoidon toteuttaminen vastanneiden hoitajien mielestä molemmilla osastoilla. Nosto- ja siirtolaitteiden käytön osaaminen oli melko hyvää molemmilla osastoilla. Erikoissairaanhoidon osastolla koulutusta nosto- ja siirtolaitteiden käyttöön tarvitsisi reilu kolmannes (34,8 %) vastanneista hoitajista. Arviointi- ja kuntoutus osastolla koulutusta laitteiden käyttöön olivat vailla reilu kolmannes (31,4 %) vastanneista hoitajista.

EKG:n ottaminen oli hyvää erikoissairaanhoidon osastolla lähes 80% vastanneista hoitajista. Arviointi- ja kuntoutus osastolla EKG:n ottotaitonsa hyväksi arvioi hieman yli puolet vastanneista hoitajista (taulukko 9).

TAULUKKO 9. EKG

		erikoissairaanhoidon osasto (n)	arviointi- ja kuntou- tus osasto (n)
EKG:n	koulutuksen antama		
ottaminen	perustieto	2	4
	kohtalainen	3	13
	hyvä	13	14
	asiantuntija	5	4
yhteensä		23	35

Suonensisäisen kanyloinnin osaaminen oli erikoissairaanhoidon osastolla hyvää lähes 80 prosentilla vastanneista hoitajista ja arviointi- ja kuntoutus osastolla kanylointi taitonsa arvioivat hyväksi lähes 70 prosenttia vastanneista hoitajista (taulukko10).

TAULUKKO 10. Suonensisäinen kanylointi

		erikoissairaanhoidon osasto (n)	arviointi- ja kuntou- tus osasto (n)
taito	koulutuksen antama		
kanyloida	perustieto	0	3
suonensisäisesti	kohtalainen	3	5
	hyvä	6	13
	asiantuntija	5	5
yhteensä		14	26

5.4 Hoitajien oppimista ja osaamista edistävät ja estävät tekijät

Kysymyksissä 22- 31 (liite 3) käsitellään yhteistyötaitoja, joihin kuuluvat vuorovaikutustaidot, oppiminen työtovereilta ja avun tarjoaminen ja vastaanottaminen työyhteisössä. Työilmapiiri ja arvostus työyhteisössä, sekä osastotuntien tarpeellisuus kartoitetaan näissä kysymyksissä.

Molemmilla osastoilla kaikki hoitajat olivat samaa mieltä siitä, että omat vuorovaikutustaidot ovat hyvät. Uutta tietoa haluttiin oppia työtovereilta. Työtovereiden osaamista arvostettiin molemmilla osastoilla. Työtovereille tarjottiin apua molemmilla osastoilla, mutta työtovereilta saama apu ei ollut niin yksimielistä arviointi- ja kuntoutusosastolla, jossa 5 hoitajaa (14,3 %), oli sitä mieltä, etteivät työtoverit tarjoa apuaan.

Omaa mielipidettä on helppoa tuoda esille molemmilla osastoilla. Arviointi- ja kuntoutusosastolla 6 hoitajaa (17,1%) oli sitä mieltä, että mielipidettä ei ole helppo tuoda esille työyhteisössä. Virheiden myöntäminen työyhteisössä oli helppoa molemmilla osastoilla, ainoastaan arviointi- ja kuntoutusosastolla oli 5 hoitajaa (14, 3 %) sitä mieltä, että virheiden myöntäminen on vaikeaa työyhteisössä. Osastotunnit koettiin tärkeiksi molemmilla osastoilla.

Työilmapiirin kokivat hyväksi erikoissairaanhoidon osastolla 18 hoitajaa (78,3%) ja arviointi- ja kuntoutusosastolla 28 hoitajaa (80%). Huonoksi työilmapiirin koki erikoissairaanhoidon osastolla 5 ja arviointi ja kuntoutus osastolla 7 hoitajaa (taulukko 11). Kaikki vastaajat olivat molemmilla osastoilla sitä mieltä, että heitä arvostetaan omassa työyhteisössä.

TAULUKKO 11. Työilmapiiri

		erikoissairaanhoidon osasto (n)	arviointi- ja kuntou- tus osasto (n)
työilmapiiri on	täysin eri mieltä	0	2
	lähes eri mieltä	5	5
mielestäni hyvää	lähes samaa mieltä	17	20
	täysin samaa mieltä	1	8
yhteensä		23	35

5.5 Lisä- ja täydennyskoulutus

Kysymyksissä 5- 8 käsitellään lisä- ja täydennyskoulutusta. Kuinka tarpeelliseksi hoitajat kokevat lisä- ja täydennyskoulutuksen ja onko koulutuksiin helppo päästä omalla työpaikalla. Halukkuutta osallistua työnkiertoon kysyttiin ja sitä lisääkö työnkierto hoitajien osaamista.

Lisä- ja täydennyskoulutukseen ei ollut helppo päästä erikoissairaanhoidon osastolla, tätä mieltä oli 22 hoitajaa (100%). Arviointi- ja kuntoutusosastolla tilanne oli parempi. Siellä 14 hoitajaa (50%) koki, että lisä- ja täydennyskoulutukseen oli helppo päästä (taulukko 12). Lisä- ja täydennyskoulutukset koettiin tarpeellisiksi molemmilla osastoilla.

TAULUKKO 12. Lisä- ja täydennyskoulutus

		erikoissairaanhoidon osasto (n)	arviointi- ja kuntou- tus osasto (n)
lisä- ja täydennys	täysin eri mieltä	16	2
koulutukseen on	lähes eri mieltä	6	12
työpaikallani	lähes samaa mieltä	0	13
helppo päästä	täysin samaa mieltä	0	1
yhteensä		22	28

Työnkiertoon haluaisi erikoissairaanhoidon osastolla 10 hoitajaa (47,6%) ja arviointi- ja kuntoutusosastolla 14 hoitajaa (48,3%). Samaa mieltä siitä, että työnkierto lisää osaamista oli erikoissairaanhoidon osastolla 17 hoitajaa (85%) ja arviointi- ja kuntoutus osastolla 20 hoitajaa (64,5%).

5.6 Tulosten yhteenveto

Hoitajat arvioivat oman hoitotyönosaamisensa hyväksi monella osa- alueella. Kliinisissä kädentaidoissa, joita tutkimuksessa kartoitettiin, nousi selkeiksi lisä- ja täydennyskoulutuksen alueiksi haavanhoito, nosto- ja siirtolaitteiden käyttö, potilaan letkuravitseminen, elvytystaidot ja sydänfilmin otto potilaalta EKG laitteella. Oppimista on edistämässä arvostus ja tuki, jota hoitajat saavat työtovereiltaan työyhteisöissään. Oppimista saattaa estää mahdollisesti huono työilmapiiri, jonka laatuun voi heikentävästi vaikuttaa se, että

hoitajat eivät aina saa apua työtovereiltaan ja se, että virheiden myöntäminen työyhteisössä ei aina ole helppoa. Hoitajat kokivat lisä- ja täydennyskoulutuksen tärkeäksi.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Kyselylomakkeeseen vastanneet hoitajat kertoivat arvostavansa omaa osaamistaan. Omaa osaamistaan ja työtään hoitajat ovat arvostaneet aiemmissakin tutkimuksissa (Hilden.1999, Meretoja.2003, Lahti.2006). Hoitajat osasivat perustella tekemäänsä hoitotyötä hyvin. He kokevat saavansa tukea kohtalaisesti työyhteisöissään työtovereiltaan. Parantamisen varaa varmasti olisi toistensa tukemisessa työyhteisöissä, sillä yllättävän moni ei ollut saamastaan tuesta työtovereiltaan täysin samaa mieltä, vaan lähes samaa mieltä. Samankaltaista tulosta saatiin kysyttäessä, saavatko hoitajat palautetta työtovereiltaan tekemästään hoitotyöstä. Hoitajien tulisi siis panostaa siihen, että antaisivat palautetta toisilleen. Latvalan (2001) työssä tuli myös esille yhteistyön merkitys hoitajien omalle oppimiselle.

Kyselyyn vastanneet olivat sitä mieltä, että osaavat potilaan perushoidon hyvin. He osaavat toteuttaa potilaan happihoitoa hyvin ja potilaan liman imeminen hengitysteistä on tulosten mukaan hyvää. Haavan hoito- koulutukseen olisi tarvetta arviointi- ja kuntoutus osastolla. Merkittävän hienoa oli tulos, jonka mukaan kaikkien vastanneiden hoitajien aseptinen omantunto oli hyvää. Näinä aikoina, kun sairaalabakteerit kehittyvät yhä vastustuskykyisemmiksi ja sairaalabakteeria kantaa itsellään yhä useampi henkilö, on aseptiikan huomioiminen hoitotyössä yksi tärkeimmistä asioista.

Letkuruokinnan suorittaminen oli melko hyvää, mutta lisäkoulutusta aiheeseen varmasti kaivattaisiin. Markkinoille tulee uusia letkuruokintaravinteita, koska hoidettavien joukossa kasvaa allergioiden määrät ja yhä erilaisempia tuotteita kehitellään. On hyvä kohdistaa tätä uutta tietoa hoitajille, koska he ovat kuitenkin niin paljon hoidettavan lähellä ja mukana päätöksissä, kun hoidettavalle valitaan oikeita hoitotuotteita ja välineitä. Letkuruokinnassa on aina riski potilaalle sairastua esimerkiksi vakavaan keuhkokuumeeseen, aspiroidun letkuravinteen joutuessa hengitysteihin. Näitä tapahtumia voidaan kuitenkin estää, kouluttamalla hoitohenkilökuntaa turvalliseen letkuravitsemuksen suorittamiseen.

Elvytystaitoihin tarvitaan koulutusta molemmilla osastoilla. Yli puolet vastanneista olivat sitä mieltä, että omaavat vain kohtalaiset elvytystaidot. Molemmilla osastoilla hoidetaan sellaisia potilasryhmiä, että elvytystaitojen tulisi olla paremmalla tasolla. Muissa hätätilanteissa toimiminen, johon esimerkkinä kyselylomakkeessa oli anafylaktinen re-

aktio, oli tuloksissa tasoa kohtalainen. Koulutusta tulisi suunnata molemmilla osastoilla hätätilanteissa toimimiseen.

Lääkehoidon ja saattohoidon toteuttaminen oli molemmilla osastoilla hyvää, samoin hoitajien suonensisäiset kanylointitaidot. Tuloksista selvisi, että koulutusta tarvitaan nosto- ja siirtolaitteiden käyttöön molemmilla osastoilla. Se saattaa johtaa käytännössä siihen, että vaikka laitteita olisikin osastolla käytettävissä, ne jäävät helposti käyttämättä. Potilasturvallisuus vaarantuu, jos laitteita käytetään väärin. Jos taas laitteita jätetään käyttämättä, hoitajat turhaan kuormittavat tuki- ja liikuntaelimestään.

EKG on yksi parhaimpia diagnostisia keinoja, kun selvitetään ihmisen sydämen tilaa. Sydämen toimintakyvystä/ tilasta tulkintaa tekevää EKG- laitetta osasivat käyttää hyvin erikoissairaanhoidon osaston hoitajat. Arviointi- ja kuntoutusosastolla laitteen käyttöön tulisi suunnata koulutusta lisää. Nokian terveyskeskuksessa on lääkäri saatavilla vuodeosastoille 24 tuntia vuorokaudessa ja tarvetta sydänfilmin ottamiselle voi tulla mihin vuorokaudenaikaan tahansa. Hoitajat ovat avainasemassa tässä tutkimuksessa, varsinkin yöaikaan, jolloin laboratorio ei ole avoinna ja on mahdotonta saada EKG tutkimusta ilman, että hoitaja suorittaisi sen.

Hoitajat omaavat hyvät vuorovaikutustaidot ja arvostavat toistensa osaamista. Työtovereilta halutaan oppia tietoa ja taitoja, sekä työtovereille tarjotaan apua. Samankaltaisia tuloksia ovat saaneet aiheesta Latvala (2001), Lahti (2006). Arviointi- ja kuntoutus osastolla pieni joukko vastanneista oli sitä mieltä, että työtoverit eivät tarjoa apuaan ja omien mielipiteiden tuominen esille työyhteisössä ei ole helppoa. Virheiden myöntäminen työyhteisössä arviointi- ja kuntoutusosastolla oli pienellä joukolla hoitajista vaikeaa.

Työilmapiiri oli molemmilla osastoilla hyvää, mutta pienet joukot molemmilla osastoilla olivat sitä mieltä, että ilmapiiri on huono. Se, että hoitajat kokivat, heitä arvostettavan yksilönä työyhteisöissä, kertoo työyhteisön hyvästä ilmapiiristä. Lisä- ja täydennyskoulutukset koettiin hyväksi molemmilla osastoilla, mutta erikoissairaanhoidon osastolla oli vastanneilla hoitajilla vaikeutta päästä koulutuksiin. Peltari (1997) on tutkimuksessaan maininnut yhdeksi sairaanhoitajan tulevaisuuden kvalifikaatioksi itsensä ajan tasalla pitämisen, tämä tulos tukee lisä- ja täydennyskoulutuksen tarpeellisuutta. Työnkierron hoitajat kokivat tarpeelliseksi omalle oppimiselle ja halukkuutta työnkiertoonkin löytyi

molemmilla osastoilla. Hoitajien halukkuutta työnkiertoon tukee Latvalan (2001) tutkimus, jossa on samankaltainen tulos.

Tuloksista on toivottavasti hyötyä Nokian terveyskeskuksen osastojen osastonhoitajille ja johdolle, kun suunnitellaan mahdollisia lisä- ja täydennyskoulutuksia hoitohenkilökunnalle. Tulokset ovat varmasti käyttökelpoisia ja melko luotettavia, sillä otos oli onnistunut ja vastanneista vain pieni osa oli sijaisia ja tästä joukosta varmasti osa on pitkäaikaisia sijaisia, joten heiltä tuleva tieto on varmasti ollut paikkansa pitävää ja ajan tasalla olevaa.

Kyselylomakkeissa oli melko kattavasti kysytty kliinisistä kädentaidoista, mutta parantamisen varaa olisi voinut vielä olla kysymysten tarkentamisessa. Esimerkiksi kohdassa, muut hätätilanteet, olisi voinut ottaa esille useampia hätätilanteita vaihtoehtoisiksi ja näin olisi voinut tulla selkeästi tietoa eri hätätilanteiden hallitsemisesta hoitohenkilökunnassa ja lisä- ja täydennyskoulutukset voisi kohdistaa juuri oikealle osa-alueelle.

Työilmapiiristä olisi voinut kysyä jonkun avoimen kysymyksen ja sen avulla olisi voinut saada tuotettua tietoa, mikä mahdollisesti voisi olla heikentämässä työilmapiiriä. Avoimissa kysymyksissä on kuitenkin aina riskinä se, että vastaaja ei jaksa vastata kysymyksiin kirjoittamalla, ja jättää sen kohdan vastaamatta. Kyselyn voisi suorittaa uudelleenkin osastoilla, esimerkiksi vuoden päästä. Voisi olla hyödyllistä kartoittaa hoitohenkilökunnan osaamista ja lisä- ja täydennyskoulutuksen tarvetta, sekä selvittää, onko ilmapiiri parantunut osastoilla.

6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta kuvataan validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Nämä kaksi asiaa muodostavat yhdessä kyselyn luotettavuuden (Tuomi 2007, 149). Reliabiliteetti määritellään tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Eli se arvio tulosten pysyvyyttä ja toistettavuutta. Tutkimuksen ollessa luotettava ja tarkka, silloin kun kysely tehdään uudestaan ja tulokset ovat samat riippumatta tutkijasta. (Tuomi 2007, 150.) Tutkimuksen reliabiliteettia tarkasteltaessa otetaan ennen kaikkea huomioon mittaukseen liittyviä asioita ja tarkkuutta tutkimuksen toteutuksessa. Reliabiliteettiä arvioidaan seuraavia asioita: vastausprosenttia, otoskokoa ja laatua, sekä miten huolellisesti kysely-

lomakkeen vastaukset on syötetty havaintomatriisiin ja tutkimuksen mahdolliset mittausvirheet eli mittarinkykyä mitata tutkittavia asioita kattavasti. (Vilka 2007, 149-150.)

Tässä opinnäytetyössä oli kohderyhmänä kaikki Nokian terveyskeskuksen vuodeosaston hoitajat. Kokonaistutkimukseen päädyttiin sen takia, että vastauksia saataisiin mahdollisimman paljon analysointia varten. Opinnäytetyössä vastausprosentti oli hyvä 72,5% , mutta tutkimusta ei voida kuitenkaan yleistää mihinkään muuhun terveyskeskukseen. Tämän opinnäytetyön tuloksissa oli yhteneväisyyksiä aikaisemmin tehtyihin tutkimuksiin, tämä lisää tutkimuksen reliabiliteettia. Vastatut kyselylomakkeet numeroitiin juoksevilla numerolla havaintomatriisiin syötettäessä. Tällä tavalla estettäisiin virheiden syntyminen, kun syötetyt tiedot voidaan tarkistaa jälkikäteen. Kyselyiden vastausaika oli syksyllä. Loma-aika huomioitiin opinnäytetyön suunnittelussa ja kysely pidettiin, vasta kesäloma ruuhkien jälkeen parantaen näin vastausprosenttia. Tulosten vastaajat ovat vastanneet kaikkiin kysymyksiin huolellisesti, tämä lisää tulosten luotettavuutta ja tutkimuksen reliabiliteettia.

Tutkimuksen validius kuvaa sitä, miten tutkimuksessa on onnistuttu mittaamaan juuri sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Validius liittyy tutkimuksen teoriaan ja käsitteisiin. Eli saadaanko vastaus tutkimusongelmiin, laaditun kyselylomakkeen vastausten perusteella. (Tuomi 2007, 150.)

Mielestämme saimme hyvin tutkimusongelmat aukaistua teoriaan ja sitä kautta kyselylomakkeelle. Tutkimusaineistosta mielestämme selvisi vastaukset tutkimusongelmiin. Kyselylomakkeen luotettavuutta parannettiin esitestauksen avulla ja kyselyn vastausohjeet tehtiin mahdollisimman selkeiksi. Vastausmäärä näillä kahdella eri osastolla oli eri, pohdimme, että voisiko syynä olla se, että vain suullisessa saatteessa olimme kertoneet kannustimista. Tämä voi osaltaan vaikuttaa vastausten määrään vaikka vastausprosentti olikin hyvä. Vastaamiseen voi olla vaikuttanut, myös se, jos aihe ei ole jostain syystä kiinnostanut tai osastolla on ollut kiirettä, eikä ole ollut mahdollisuutta vastata rauhassa työajalla.

6.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimus on hyvä, kun se noudattaa aina tieteellistä käytäntöä. Tällä tarkoitetaan, että tutkimuksen kysymyksenasettelu ja tavoitteet, tutkimusaineiston kerääminen ja käsittely, tulosten esittäminen ja aineiston säilytys eivät loukkaa tiedeyhteisöä eikä hyvää tieteellistä tapaa ja ennen kaikkea ei loukkaa tutkimuksen kohde ryhmää. (Vilkkä 2007, 90). Tutkijan velvollisuus on noudattaa hyvää tutkimusetiikkaa. Opinnäytetyötään valmistelevalle opiskelijalle koskee sama lainsäädäntö ja tutkimusetiikka, mitkä koskevat ammattitutkijaa. (Vilkkä 2007, 92).

Olemme tehneet tätä opinnäytetyötä Tampereen ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeiden mukaisesti. Luvan opinnäytetyön tutkimuksen tekemiseen olemme hakenneet ja saaneet opinnäytetyön ohjaavalta opettajalta ja Nokian terveyskeskuksen ylihoitajalta.

Kyselylomakkeeseen liitimme saatekirjeen (liite 2), jossa kerroimme nimettömyydestä ja vapaaehtoisuudesta. Kysymyslomakkeet sai palauttaa niille sovittuun laatikkoon nimettömänä ja laatikossa oli vain aukko papereille ja muuten laatikko oli laitettu teipillä kiinni. Hoitajat saivat osallistua nimettömänä kyselyyn ja heitä on mahdoton jäljittää jälkikäteen. Nimettömyys antaa hoitajille mahdollisuuden vastata kyselyyn rehellisesti, kun heitä ei voida jäljittää. Kyselylomakkeet käsiteltiin luottamuksellisesti ja hävitettiin asianmukaisesti sen jälkeen, kun analysointi oli tehty. Saatekirjeessä oli opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot, jolloin vastaajat saivat olla yhteydessä tekijöihin, jos heillä ilmeni jotain kysyttävää. Tutkimustulosten raportointi tapahtui rehellisesti ja avoimesti.

Opinnäytetyössä olemme käyttäneet lähteinä aiheeseen liittyvää kirjallisuutta, tutkimuksia, sekä hakukoneita. Olemme pyrkineet käyttämään tuoreita lähteitä. Olemme kuitenkin käyttäneet jonkin verran vanhempia lähteitä, mutta olemme todenneet niiden käyvän vielä tähän päivään sopiviksi. Lähteitä hakiessa ja niitä käyttäessä olemme olleet lähdekriittisiä ja olemme käyttäneet tunnettujen asiantuntijoiden kirjoittamia artikkeleita, sekä tunnettujen järjestöjen internet sivuja. Käyttäessämme erilaisia lähteitä olemme merkanneet teksti- ja lähdeviittaukset. Tutkimustyön tuloksia olemme selostaneet kunnioittavasti.

6.3 Kehittämishaasteet ja pohdinta

Hoitajien ammatillista tietoa ja oppimista voisi hyödyntää enemmän osastoilla esim. konsultoiden käyttäen asiantuntijahoitajia. Lisä- ja täydennyskoulutus mahdollisuuksia tulisi tarjota kaikille tasapuolisesti. Tämän tutkimuksen tuloksia voisi hyödyntää työpaikan lisä- ja täydennyskoulutusta suunniteltaessa. Kyselyn voisi uusina muutaman vuoden sisällä uudestaan ja tutkimuksen kohteita voisi painottaa lisä- ja täydennyskoulutukseen ja kliinisiin kädentaitoihin. Mielenkiintoista voisi olla laajentaa tätä samaa tutkimusta, myös muihin terveyskeskuksiin ja vertailla sitten tuloksia keskenään. Terveyskeskusten hoitajien osaaminen on tärkeää ja laaja-alaista, sillä terveyskeskuksiin keskitetään jatkuvasti yhä enemmän potilaiden hoitoa.

Opinnäytetyön tekeminen oli mielenkiintoista ja antoisaa. Työtä tehdessä aikatauluja oli helppo sovittaa yhteen parin kanssa, tämä kertoo siitä, että molemmilla oli kiinnostusta ja motivaatiota työtä kohtaan. Koko prosessin ajan jaoimme tehtäviä keskenämme ja yhdessä tarkistimme ja yhdistimme opinnäytetyön materiaalia yhdeksi kokonaisuudeksi. Opinnäytetyön tekeminen on ollut pitkä ajanjakso ja työn määrä on saatu jakautumaan tasaisesti kahdelle tekijälle. Teoriaosuuden tekemiseen ja tutkitun tiedon lukemiseen kului paljon aikaa. Opinnäytetyötä tehdessä tutkimuksen lukutaito kehittyi ja ATK- taidot karttuivat. SPSS- ohjelma osoittautui helpoksi ennakkoluuloista huolimatta. Tiedonhankinta oli sujuvaa, mutta aineistojen saaminen kirjastoista tuotti välillä hankaluuksia. Hakukoneiden avulla on hyvin saatavilla aineistoja ja suosimmekin, niitä lähteinä.

Tukea opinnäytetyön tekemiseen saimme hyvin ohjaavalta opettajalta ja arviointi- ja kuntoutusosaston osastonhoitajalta. Motivaatiota lisäsi tutkimuksen hyvä vastausprosentti ja oma mielenkiinto aihetta kohtaan. Tulosten tarkastelulla opinnäytetyöntekijät voivat kehittää omaa ammatillisuuttaan. Opinnäytetyön tekeminen on ollut positiivinen kokemus ja lähentänyt, myös sen tekijöitä ystävinä. Opinnäytetyön tekijöiden mielestä työ onnistui kokonaisuudessaan hyvin ja he ovat tyytyväisiä työhönsä.

LÄHTEET

Aluehallintovirasto 2009. Ammatillinen lisäkoulutus. 2009. Aluehallintovirasto / Elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskus. Tulostettu 25.2.2012.
<http://www.laanhallitus.fi/lh/palvelut.nsf/PPBSF/49AB492C1C0098FDC2256C02003E636C?OpenDocument>

Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/564

Asetus terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta 15.12.2003/1194

Erkkilä, R., Kronqvist, E-L. & Kiiskilä, S. 1997 Kuinka ohjata osaamista? - Pohdintoja portfoliokonsultoinnista. Oulun yliopisto Korkeakoulupedagogiikan perusmateriaali [pdf] 6.1997. Tulostettu 13.2.2012 <http://www oulu.fi/opetkeh/julkaisu/perus/>

Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2005/36/EY. Ammattipätevyyden tunnustamisesta.

Hilden, R.1999. Sairaanhoidajan ammatillinen pätevyys ja ammatilliseen pätevyyteen vaikuttavat tekijät. Acta Universitatis Tamperensis 706. Tampereen yliopisto. Väitöskirja

Hildén, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13.osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hätönen, H. 2004. Osaamiskartoituksesta kehittämiseen. 3.painos. Helsinki: Educa-instituutti oy.

Isoherranen, K. 2006. Moniammatillinen yhteistyö. 1. -2. Painos 2006. Helsinki: WSOY

Karu, M., Kosunen, H. & Ojala, T. 2007. Sairaanhoidajien ammatillisten kehittymistarpeiden kartoitus Länsi - Tallinnan keskussairaalan kirurgian klinikalla [pdf] 2007 Hoitotyön koulutusohjelma. Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Opinnäytetyö. Tulostettu 12.1.2012.
www.doria.fi/bitstream/handle/10024/6162/stadia-1178538569-9.pdf?sequence=1

Koivukoski, S. & Palomäki, U. 2009. Hoitotyön tiimikirja. Helsinki: Suomensairaanhoitaja liitto Ry.

Kuntatyönantajat. 2008. Kunnallisen henkilöstön osaamisen kehittämistä koskeva suositus sekä työ- ja virkaehtosopimus ammattiyhdistyskoulutuksesta. [pdf] 7.8.2008. Tulostettu 25.2.2012. <http://www.kuntatyonantajat.fi/fi/sopimukset/tyoelaman-kehittaminen/>

Lahti, A. 2006. Sairaanhoidajan ammattipätevyys kotihoidossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro-gradu tutkielma.

Laitinen, A. osastonhoitaja. 2012. Haastattelu 7.2.2012. Haastattelija Murtokanta, M. Nokian kaupunki. Arviointi- ja kuntoutusosasto.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559

Latvala, R. 2001. Sairaanhoidajien ammatillinen yhteistyö. Kyselytutkimus erikoissairaanhoidossa työskenteleville sairaanhoidajille. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro- gradu tutkielma.

Manka, M-L., Kaikkonen, M-L. & Nuutinen S. 2007. Hyvinvointia työyhteisöön.[pdf]. 30.7.2011. Tulostettu 9.6.2011.
www.uta.fi/jkk/synergos/tyohyvinvointi/tyhyopas.pdf

Munnukka, T. 1993. Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. Acta Universitatis Tamperensis 375. Tampere: Tampereen yliopisto. Väitöskirja.

Meretoja, R.2003. Nurse competence scale. Turun yliopisto. Väitöskirja.

Nokian kaupunki.2012.Perusturva ja terveys.2012.Luettu 12.1.2012
http://www.nokiankaupunki.fi/palvelut/perusturva_ja_terveys/

Opetusministeriö.2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon, Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet.[pdf]10.7.2006. Tulostettu 9.6.2011.
http://www.minedu.fi/OPM/Julkaisut/2006/Ammattikorkeakoulusta_terveydenhuoltoon.html?lang=fi

Peltari, P.1997. Sairaanhoidajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikaatiovaatimukset. STAKES. Tutkimuksia 80.Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. Väitöskirja

Seppänen- Järvelä Riitta 2005 Johdanto: Vertaisuuteen perustuvat kehittämis- ja arviointimenetelmät: Innovatiivisia ratkaisuja. Teoksessa: Toim. Seppänen- Järvelä Riitta Vertaismenetelmät kehittävän arvioinnin välineinä. [pdf] 2005. Stakes. Tulostettu 13.2.2012. <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyakaytanto/aineistoja/julkaisut/>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2000. Sairaanhoidajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa, Terveidenhuollon ammatinharjoittamisen kannalta keskeisiä näkökohtia.[pdf] 20.11.2000. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2000:15. Tulostettu 27.2.2012.
http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/mon20_15/moniste.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Terveidenhuollon täydennyskoulutussuositus. [pdf] 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:3. Tulostettu 27.2.2012
<http://pre20090115.stm.fi/pr1076941420387/passthru.pdf>

Suomen sairaanhoidajaliitto. 2003. Täydennyskoulutuksen laatuvaatimukset. Sairaanhoidajan kliininen urakehitys- projekti.[pdf] 2.10.2003. Tulostettu 6.2.2012
http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/uraportti/taydennyskoulutuksen_laatuvaatim/

Suomen virallinen tilasto 2012. Ammatillinen koulutus [verkkajulkaisu]. Helsinki: Tilastokeskus. Tulostettu 25.2.2012. <http://www.stat.fi/til/aop/kas.html>

Suomen virallinen tilasto 2012. Tietoa tilastoista, käsitteet ja määritelmät, tiimityö.
[verkkojulkaisu] Helsinki: Tilastokeskus. 2012. Tulostettu 8.2.2012
<http://www.stat.fi/meta/kas/tiimityo.html>

Sydänmaanlakka, P. 2001 Älykäs organisaatio Tiedon, osaamisen ja suorituksen johtaminen. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino oy.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Helsinki: Tammi.

Tuomi, S.2008. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen lasten hoitotyössä. [pdf] Kuopion yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Väitöskirja. Tulostettu 25.2.2012
www.uku.fi/vaitokset/2008/isbn978-951-27-0815-4.pdf

Valvira. 2012. Ammattioikeudet. 2012. Valvira Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Tulostettu 23.2.2012. <http://www.valvira.fi/luvat/ammattioikeudet>

Vauhkonen, T. 2011. Työyhteisön työhyvinvointi. 28.1.2011 . Työterveyslaitos. Tulostettu 15.2.2012. www.ttl.fi/tyohyvinvointi

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Tammi.

Nokian terveyskeskuksen osastojen esittely

Erikoissairaanhoidon osasto

Osasto tuottaa perusterveydenhuollon tarpeisiin erikoislääkäritasoisista laitoshoidosta yhteistyössä sairaanhoitopiirin kanssa. Vuodepaikkoja on yhteensä 36. Hoitohenkilökunnan työskentely tapahtuu kahdessa moduulissa, jotka ovat jakautuneet kahteen ryhmään. Toinen moduuli on sisätautien- erikoisalaa ja toinen kirurgista erikoisalaa. Syöpäpotilaita hoidetaan molemmilla erikoisaloilla. Osastolla hoidetaan myös tutkimus- ja toimenpiteepotilaita ja annetaan lyhytkestoisia suonensisäisiä lääkehoitoja poliklinisesti. Keskimääräinen hoitoaika on 7 vuorokautta, potilaat jotka tarvitsevat pidempää laitoshoidosta, siirtyvät arviointi- ja kuntoutusosastolle. (Nokian Kaupunki)

Arviointi- ja kuntoutusosasto

Osastolla hoidetaan äkillisesti sairastuneita potilaita, aivoverenkiertohäiriöpotilaita, saattohoitopotilaita, moniammatillista geriatriasta arviointia ja kuntoutusta tarvitsevia potilaita ja potilaita, jotka tarvitsevat perusterveydenhuollon osaston hoitoa. Osastolla on vuodepaikkoja 36 ja hoitohenkilökunta on jaettu neljään moduuliin. Potilaat tulevat osastolle pääsääntöisesti ensiavusta, Tampereen yliopistollisesta sairaalasta, kotoa sovitusti tai osasto 1:ltä. Osasto toimii yksilövastuisen hoitotyön periaatteella ja kuntouttavalla työotteella. (Nokian kaupunki)



TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

Hyvä Nokian terveyskeskuksen hoitohenkilökunta !

Opiskelemme Tampereen ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajiksi. Teemme opinnäytetyötä yhteistyössä Nokian terveyskeskuksen vuodeosastojen kanssa. Opinnäytetyömme aiheena on selvittää Nokian terveyskeskuksen hoitajien osaamista vuodeosastoilla.

Tutkimuksemme tavoitteena on antaa tietoa, millä keinoilla hoitajat voisivat kehittää omaa ja työyhteisön ammatillista kasvua. Antaa tietoa hallinnolle osastoilla työskentelevien hoitajien lisäkoulutuksen tarpeesta.

Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Tutkimuksen tuloksista ei voi tunnistaa vastaajaa. Tutkimuksen aineisto kerätään ainoastaan tutkimukseen johon tämä saatekirje liittyy. Aineiston numeraalisten tallentamisien jälkeen vastauslomakkeet hävitetään.

Vastaamiseen menee noin 10- 15 minuuttia. Vastauksista on hyötyä hoitajien täydennyskoulutuksen tarpeen kartoittamiseen Nokian terveyskeskuksen vuodeosastoilla. Tulemme esittämään tulokset, kun opinnäytetyömme on valmis yhteisessä osastopalaverissa.

Tutkimuksemme valmistuu keväällä 2012 jonka jälkeen toimitamme molemmille vuodeosastoille yhdet kopiot opinnäytetyöstämme.

Vastatkaa alla oleviin kysymyksiin rengastamalla oikea vaihtoehto. Täytetyn lomakkeen voi jättää sille varattuun laatikkoon taukuhuoneessa.

Tutkimusta koskeviin kysymyksiin vastaa Tiina Haapalehto ja Minna Murtokanta sähköpostiosoitteilla:
tiina.haapalehto@piramk.fi tai minna.murtokanta@piramk.fi

Ystävällisin terveisin

opiskelijat Tiina Haapalehto ja Minna Murtokanta

Seuraavat väittämät liittyvät oman osaamisen arvioimiseen. **Ympyröikää** oikea numero vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa Teidän osaamisen tasoanne.

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
1. Arvostan omaa osaamista työssäni	4	3	2	1	0
2. Osaan perustella tekemäni ratkaisut hoitotyössä	4	3	2	1	0
3. Työtoverit tukevat osaamistani	4	3	2	1	0
4. Saan palautetta työtovereiltani tekemästani hoitotyöstä	4	3	2	1	0
5. Lisä- ja täydennyskoulutukseen on työpaikallani helppo päästä	4	3	2	1	0
6. Lisä- ja täydennyskoulutukset ovat tarpeellisia	4	3	2	1	0
7. Työnkierto mielestäni lisää osaamistani	4	3	2	1	0
8. Haluaisin osallistua työnkiertoon	4	3	2	1	0

(jatkuu)

Seuraavat kysymykset liittyvät omien kliinisten kädentaitojen arvioimiseen. **Ympyröikää** oikea numerovaihtoehto, joka kuvaa parhaiten Teidän osaamisen tasoanne.

	Asiantuntija	Hyvä	Kohtalainen	Koulutuksen antama perustieto	En osaa sanoa
9.Perushoidon osaaminen Esim. asentohoito, potilaan perustarpeista huolehtiminen, oma ergonomia	4	3	2	1	0
10. Haavanhoidon osaaminen	4	3	2	1	0
11. Happihoidon toteuttaminen	4	3	2	1	0
12. Potilaan liman imeminen hengitysteistä	4	3	2	1	0
13. Aseptinen oman tunto ja sen huomioiminen	4	3	2	1	0
14. Letkuruokinta suorittaminen (nenä-maha ja peg – letku)	4	3	2	1	0
15.Elvytys taitojen osaaminen	4	3	2	1	0
16. Muissa hätätilanteissa toimiminen, esim. anafylaktinen reaktio	4	3	2	1	0
17. Lääkehoidon toteuttaminen	4	3	2	1	0
18. Saattohoidon toteuttaminen	4	3	2	1	0
19. Nosto- ja siirtolaitteiden käyttäminen	4	3	2	1	0
20. 12.- KytKentäisen Ekg:n otto	4	3	2	1	0
21. i.v. kanyloinnin suorittaminen	4	3	2	1	0

(jatkuu)

Seuraavat väittämät liittyvät omiin yhteistyötaitoihinne. **Ympyröikää** oikea numero vaihtoehto joka kuvaa parhaiten Teidän yhteistyötaitojanne.

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
22. Vuorovaikutustaitoni ovat hyvät	4	3	2	1	0
23. Haluan oppia uutta tietoa työtovereiltani	4	3	2	1	0
24. Arvostan työtovereideni osaamista	4	3	2	1	0
25. Tarjoan apua työtovereilleni	4	3	2	1	0
26. Työtoverit tarjoavat apuaan minulle	4	3	2	1	0
27. Virheiden myöntäminen työyhteisössä on helppoa	4	3	2	1	0
28. Osastotunnit ovat mielestäni tarpeellisia	4	3	2	1	0
29. Työilmapiiri on mielestäni hyvä	4	3	2	1	0
30. Minua arvostetaan työyhteisössä	4	3	2	1	0
31. Oma mielipide on helppoa tuoda esille työyhteisössä	4	3	2	1	0

TAUSTATIEDOT

Ympyröikää oikea vaihtoehto

Ikä

alle 25 vuotta _____ 1
25- 34 vuotta _____ 2
35- 44 vuotta _____ 3
45- 54 vuotta _____ 4
55 vuotta tai yli _____ 5

Osastot

1 2

Ammattinimikkeenne

lähihoitaja/perushoitaja _____ 1
sairaanhoitaja _____ 2
terveydenhoitaja _____ 3

Työkokemuksenne yhteensä terveydenhuolto alalta

alle 5 vuotta _____ 1
5-14 vuotta _____ 2
15- 24 vuotta _____ 3
25- 34 vuotta _____ 4
35 vuotta tai yli _____ 5

Työssäolo aikanne nykyisessä työpaikassanne

alle 5 vuotta _____ 1
5-14 vuotta _____ 2
15- 24 vuotta _____ 3
25- 34 vuotta _____ 4
35 vuotta tai yli _____ 5

Työsuhteenne muoto

vakituinen _____ 1
sijainen _____ 2

KIITOS VASTAUKSISTANNE JA MIELENKIINNOSTANNE TYÖTÄMME KOHTAAN!

Taulukko aikaisemmista tutkimuksista

Tutkija	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Peltari (1997) Sairaanhoitajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikaatiovaatimukset Väitöskirja	Tarkoituksena oli kuva- ta sairaanhoitajien työn nykyisiä ja tulevaisuuden kvalifikaatiovaati- muksia sekä saada tie- toa sairaanhoitajan työs- tä ja sen muutoksista sekä sairaanhoitajan työn vaatimuksista.	Otos koostui 30 henkilöstä, joista 6 potilaita, 6 sairaan- hoitajaa, 6 hoito- työn hallinnon edustajaa, 6 hoito- työn koulutuksen edustajaa ja 6 hoito- työn tutkijaa. Tutkimusaineisto on kerätty teema- haastatteluilla. ai- neisto käsitelty laadullisen Colaiz- zin eksistentiaalisen fenomenologian avulla.	Sairaanhoitajien tulevaisuuden osaamista ovat tutkimus- ja tiedon hankintavalmiudet, johtamisvalmiudet, potilaan itsehoitoa tukevat valmiudet, sekä moniammatil- liset yhteistyöval- miudet.
Hildén (1999) Sairaanhoitajan amma- tillinen pätevyys ja ammatilliseen pätevyy- teen vaikuttavat tekijät Väitöskirja	Tutkimuksessa oli tar- koituksena selvittää työyhteisön odotuksia sairaanhoitajan amma- tillisesta pätevyydestä ja sen nykytilasta sekä kehittämisen tarvetta ammatillisessa pätevyy- dessä.	Otos 429 sairaan- hoitajaa ja 14 osas- tonhoitajaa. Tutki- musaineisto kerät- tiin teemahaastatte- luilla ja kyselyllä. Tutkimusaineisto analysoitiin tilastol- lisin menetelmin. Laadullista mene- telmää käytettiin haastattelujen ai- neiston analyysiin. Sisällönanalyysin avulla käsiteltiin avoimet kysymyk- set.	Sairaanhoitajat arvostavat omaa ammattiaan ja työ- tänsä ja kokevat kykenevänsä työ- kentelemään itse- näisesti ja kykene- vät itsenäiseen päätöksentekoon. Ammatillisen päte- vyyden ylläpidolle ja kehittämislle edellytyksenä ovat koulutuksen anta- mat valmiudet, työyhteisön tuki ja oma elämäntilanne. Tutkimuksessa tuli esille tarve paran- taa ja kehittää oman alan tietojen soveltamistaitoja.

(jatkuu)

Latvala (2001) Sairaanhoitajien ammattillinen yhteis- työ- kyselytutkimus eri- koissairaanhoidossa työskenteleville sai- raanhoitajille Pro- gradu tutkielma	Tarkoituksena on ku- vata sairaanhoitajien toteuttaman ammatilli- sen yhteistyön muoto- ja, hoitajien käsityksiä omista yhteistyöval- miuksistaan ja yhteis- työn merkityksestä sekä organisaation johdon tuesta ammatil- lisen yhteistyön kehit- tämislle.	Tutkimus joukko koos- tui 175 sairaanhoitajas- ta. aineisto kerättiin strukturoidulla kyselyl- lä. Analysointi tehtiin SPSS 10 tilasto- ohjel- malla.	Vastanneet arvioi- vat yhteistyöval- miutensa hyviksi. Sairaanhoitajien tärkeimmät yhteis- työkumppanit olivat oman yksikön toiset sairaanhoitajat. Sairaanhoitajat olivat tyytyväisiä oman ammattikun- tansa kokoonnutmi- siin.
Meretoja (2003) Nurse competence scale Väitöskirja	Tarkoituksena oli ke- hittää menetelmä, jolla arvioida sairaanhoita- jien pätevyyttä. Mene- telmä erottelisi osaa- mista työuran eri vai- heissa ja erilaisissa ympäristöissä.	Tutkimusaineisto koos- tui 513 sairaanhoitajas- ta ja 81 osastonhoita- jasta ja sairaanhoitajas- ta muodostettua paria. Aineisto kerättiin NSC- mittarilla ja analysoitiin tilastollisesti.	Vastanneet arvioi- vat ammattipäte- vyytensä hyviksi. Heikoin alue oli laadunvarmistus. Osaamisen ja asian- tuntijuuden kehit- tyminen vaatii sys- temaattista arvioin- tia.
Lahti (2006) Sairaanhoitajan am- mattipätevyys koti- hoidossa Pro- gradu tutkielma	Tarkoituksena oli ku- vata sairaanhoitajien itse arvioimaa ammat- tipätevyyttä kotihoi- dossa ja kuvata millai- nen yhteys taustamuut- tujilla on hoitajien ammattipätevyyteen.	Tutkimuksen joukon muodosti 135 sairaan- hoitajaa kotihoidosta. Tutkimusaineisto kerät- tiin kyselyllä ja käytet- tiin Meretojan (2003) kehittämää ammattipä- tevyysmittaria (NCS).	Sairaanhoitajien ammattipätevyys oli hyvää kaikilla am- mattipätevyyden osa- alueilla. Heikointa ammatti- pätevyys oli laa- dunvarmistuksen ja auttamisen osa- alueilla. Pitkä työ- kokemus tervey- denhuollossa ja hoitajan ikä lisää ammattipätevyyttä kaikilla ammattipä- tevyuden osa- alu- eilla.